

Allegato A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**Alla Direzione
degli Istituti Penitenziari di
Alessandria**

Trasmissione a mezzo posta elettronica certificata al seguente indirizzo
cr.alessandria@giustiziacert.it,

**OGGETTO: CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO COMPETENTE DEGLI
ISTITUTI PENITENZIARI DI ALESSANDRIA – ANNO 2025**

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

e residente in _____

Via _____ CAP _____

Codice fiscale _____

Indirizzo di posta elettronica _____

In possesso dei requisiti culturali e professionali necessari per l'espletamento del servizio,
come previsto dall'art. 38 del D.Lgs. 81/2008

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura per titoli e colloquio per il
conferimento dell'incarico di medico competente degli Istituti Penitenziari di Alessandria

A tal fine allega:

Curriculum vitae in formato europeo
Documento d'identità
Dichiarazione sostitutiva (All. B)

_____, _____

(firma per esteso e leggibile)

Informazione richiesta ai sensi e per gli effetti di cui al D. L. 13.01.2021

Finalità del Trattamento (General Data Protection Regulation - GDPR)

I dati forniti sono necessari ai fini del procedimento e sono trattati esclusivamente a tale fine.

Il conferimento dei dati per le finalità di cui sopra è obbligatorio e lecito ai sensi dell'art.6, par.1 lettera b) del GDPR.

In ogni momento, l'interessato può esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di accesso alle modalità di trattamento dei dati

_____, _____

(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 dichiaro altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa".

_____ , _____

(firma, per esteso e leggibile)