



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. ODDO"

con sezione staccata di Sclafani Bagni

P.tta Cav. di Vittorio Veneto – 90022 CALTAVUTURO (PA)
Cod. Fiscale e P. IVA 87001510822 – Tel. 0921/541196 – Fax 0921/540835 – Codice Univoco: UFV3BJ
E-MAIL: PAIC81900V@istruzione.it PEC: PAIC81900V@pec.istruzione.it
Sito internet: www.istitutocomprensivooddo.edu.it

Allegato A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO INDIVIDUALE DI ESPERTO BIOLOGO NUTRIZIONISTA O MEDICO NUTRIZIONISTA

Progetto: “Crescere in equilibrio: educazione alimentare, benessere e prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare”

Contributo straordinario della Regione Siciliana destinato alla promozione di progetti di educazione alimentare.

CUP: G53C26000600002

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'IST. COM. G. ODDO DI CALTAVUTURO
P.TTA CAV. DI VITT. VENETO
90022 CALTAVUTURO (PA)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Provincia di _____
Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____
Codice Fiscale _____,
telefono _____, cellulare _____,
e-mail _____, PEC _____,
Partita IVA _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura comparativa pubblica per il conferimento dell'incarico professionale di

☐ BIOLOGO NUTRIZIONISTA

☐ MEDICO NUTRIZIONISTA

per la realizzazione del progetto “

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☐ di essere cittadino italiano

oppure

☐ cittadino del seguente Stato membro dell'Unione Europea _____

- ☐ di godere dei diritti civili e politici;
- ☐ di non avere riportato condanne penali;
- ☐ di non avere procedimenti penali pendenti;

oppure

☐ di avere i seguenti procedimenti penali _____

- ☐ di non essere destinatario di provvedimenti che impediscano la costituzione del rapporto con la Pubblica Amministrazione;
- ☐ di non essere stato destituito, dispensato o licenziato presso una Pubblica Amministrazione;
- ☐ di non trovarsi in alcuna causa di incompatibilità;
- ☐ di non trovarsi in situazione di conflitto di interessi;
- ☐ di essere in possesso dell'idoneità fisica allo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara di possedere il seguente titolo professionale

☐ Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

oppure

☐ Laurea Magistrale in Biologia

conseguita presso _____

nell'anno _____ con voto _____

☐ di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Provincia _____ n. iscrizione _____
dal _____

oppure

☐ di essere iscritto all'Ordine dei Biologi, Sezione _____
n. iscrizione _____ dal _____

Dichiara inoltre di possedere almeno uno dei requisiti previsti dal DDG n. 692/2026 e dal DDG n. 890/2026.

- ☐ iscrizione all'Ordine professionale da almeno tre anni;
- ☐ esperienza professionale documentata di almeno un anno nella progettazione e/o realizzazione di interventi di educazione alimentare in ambito scolastico;
- ☐ formazione specialistica nel settore della nutrizione della durata di almeno un anno oppure non inferiore a 500 ore.

DICHIARA ALTRESÌ

- ☐ di avere preso visione dell'Avviso pubblico;
- ☐ di accettarne integralmente tutte le condizioni;
- ☐ di impegnarsi a svolgere personalmente tutte le attività previste;
- ☐ di rendersi disponibile a concordare il calendario con il Dirigente Scolastico;
- ☐ di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Il sottoscritto dichiara che tutti i titoli e le esperienze riportati nell'allegato B e nel curriculum vitae sono veritieri e documentabili su richiesta dell'Amministrazione.

Si allega alla presente:

- **Tabella valutazione titoli (Allegato B)**
- **Allegato C:** Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità o cause ostative
- **Curriculum vitae** in formato europeo sottoscritto contenente una autodichiarazione di veridicità dei dati e delle informazioni contenute, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000
- **Copia del documento di identità** in corso di validità.

Luogo e data

Firma autografa o digitale
