

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO DI GARA PER LA SELEZIONE DI MEDICO
COMPETENTE PER L'ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTO DAL
D.LGS. 81/2008 - . Periodo 01/11/2024-31/10/2025.**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ e residente in _____

prov. _____ via _____ cap _____

tel./cell. _____ indirizzo di posta elettronica _____

Codice fiscale _____ in nome o per conto della Ditta/società/studio

medico _____ Sita/o in via _____

In possesso dei requisiti previsti dal presente Bando,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente del Lavoro di cui al bando prot. n.
..... del

Luogo e data _____

Timbro e Firma _____

Allegato: Documento di identità valido