

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER
L'ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008 –**

Il/lasottoscritto/a _____

nato/a a

_____ il _____

e residente in _____ prov. _____ via _____

cap _____ indirizzo di posta elettronica _____

Codicefiscale _____ in nome o per conto della Ditta/società/studiomedico

_____ 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
l'esercizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs 81/2008 per l'anno 2020

Luogo edata _____

Timbro e Firma

Allegato: Documento di identità