

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER
L'ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTO DAL D. LGS. 81/2008 –
BANDO DI GARA GIG: ZA12D94B27**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

e residente in _____ prov. _____ Via _____

Cap _____ indirizzo di posta elettronica _____

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

Sita/o in _____

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. 1921/C14e.

Luogo e data _____

Timbro e Firma
