**Allegato 1**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PERL’ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008

Il/lasottoscritto/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 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Timbro e Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato: Documento di identità