# Allegato 1

**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**

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. 2838 del 23/10/2023.

Luogo e data

Timbro e Firma

# Allegato: Documento di identità valido