**ALLEGATO 1**: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER L'ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA. D.LGS. 81/2008. TRIENNIO 2018 -2021

Spett. le Dirigente Scolastico

In relazione al BANDO DI GARA

: Il/la sottoscritto/a

nato/a il e residente in via

cap

Codice fiscale

Indirizzo di posta elettronica

In nome proprio o per conto della Ditta/Società/Studio medico

Sito in via

In possesso dei requisiti previsti dal bando,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura dì selezione in qualità di Medico competente del Lavoro triennio

2018/2021

Luogo e data

FIRMA

**1**