

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

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a 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 presso
l'istituzione scolastica _____.

Luogo e data _____

Timbro *e*
Firma

Allegato: Documento di identità