

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE  
TRA IL PERSONALE INTERNO ED ESTERNO DELLA FIGURA DI MEDICO  
COMPETENTE PER L'ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA DI  
DURATA ANNUALE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

tel./cell. \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

In possesso dei requisiti previsti dal presente Avviso

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente del Lavoro di cui all'Avviso Pubblico prot. n. 5693/VI del 02/05/2025.

Si allegano alla presente:

- dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000 (**allegato 2**);
- curriculum vitae in formato europeo attestante il possesso dei requisiti culturali e professionali necessari per l'espletamento del servizio, come previsto dall'art. 38 del D. Lgs. n. 81/2008;
- offerta tecnico-economica (**allegato 3**);
- documento di identità in corso di validità

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

