

**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 SANITARIADI
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 _____

