

Selezione per l'affidamento dell'incarico di medico competente per l'esercizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.lgs n. 81/2008, così come modificato ed integrato dal D.lgs. n.106/2009

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ____/____/____

in qualità di

sede in _____

C.F. _____ Partita IVA _____

per l'attribuzione dell'incarico di "MEDICO COMPETENTE", richiede i seguenti compensi (lordo stato):

Oggetto	Omnicomprendivo al lordo di ogni fiscalità Forfettario
Incarico medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica, sopralluoghi per vigilanza sanitaria e consulenze varie (indicare importo complessivo ANNUO)	€ annui
Visita medica	€
Visio test	€
Spirometria	€

Data _

Firma _____