

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER
L'ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA AI SENSI DEL D.LGSG N. 81/2008,
COSÌ COME MODIFICATO ED INTEGRATO DAL D.LGS. N.106/2009 –**

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 via

In possesso dei requisiti previsti dal presente Bando,

CHIEDE

Di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente del Lavoro di cui al
prot. n. _____

Luogo e data _____

Timbro e Firma
