

Allegato 1

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

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
(se applicabile)

_____ 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.

A tal fine allega:

- Curriculum vitae in formato europeo (solo dati essenziali, pertinenti e non eccedenti)
- Documento d'identità
- Dichiarazione sostitutiva
- Offerta economica
- Dichiarazione privacy
- Autodichiarazione regime fiscale

Luogo e data _____

Timbro e Firma
