

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER  
L'ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008 E DELLA  
SORVEGLIANZA SANITARIA ECCEZIONALE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CD.  
LAVORATORI FRAGILI-**

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

In possesso dei requisiti previsti dal presente Bando,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente presso  
l'istituzione scolastica \_\_\_\_\_.

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

*Timbro e Firma* \_\_\_\_\_

**Allegato: Documento di identità**