

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO "Rita Levi-Montalcini"  
Via Anello del Sole, 265  
33074 FONTANAFREDDA (PN)

Oggetto: **AVVISO DI SELEZIONE PER L'AFFIDAMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO  
COMPETENTE PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008 - DOMANDA DI PARTECIPAZIONE.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ status professionale \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ p.i.v.a. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in possesso dei requisiti richiesti per la partecipazione alla selezione di cui all'oggetto,

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione per l'affidamento dell'incarico di medico competente previsto dal Decreto Legislativo n. 81/2008 di cui all'Avviso di selezione prot. n. 11802/C14 del 15/10/2019.

**CHIEDE**

che eventuali comunicazioni siano trasmesse al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A tal fine allega:

- Documento d'identità del sottoscrittore;
- Dichiarazione sostitutiva (allegato B);
- Curriculum Vitae in busta chiusa;
- Offerta economica (modello allegato C) in busta chiusa.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile e per esteso)

**N.B. allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità ai sensi dell'art. 21 DPR 28/12/2000 n. 445.**