

Allegato_1

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente in _____ prov. _____ via _____
cap _____ indirizzo di posta elettronica _____
Codice fiscale _____

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 bando **prot. n.**

Luogo e data _____

Timbro e Firma

Allegato: Documento di identità