

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"LOMBARDO RADICE – PAPPALARDO"
Piazza M. D'Ungheria
91022 Castelvetro (TP)**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

alla selezione di medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs n. 81/2008, così come modificato ed integrato dal D. Lgs n. 106/2009.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ e
residente in _____ prov. _____ via _____
cap _____ indirizzo di posta elettronica _____ -
_____ codice fiscale _____

in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso pubblico Prot. n. 14408 /VI.3 del 29/12/2023

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione pubblica per l'affidamento di un incarico in qualità di Medico Competente per il servizio di sorveglianza sanitaria all'interno dell'Istituto Comprensivo Lombardo Radice – Pappalardo di Castelvetro (TP), prevista dal D.lgs.81/2008, così come modificato dal D.lgs.n. 106/2009.

Luogo e data _____

Firma

Allegato: Documento di identità