

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI  
MEDICO COMPETENTE  
(professionista candidato al conferimento dell'incarico)

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

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

e residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Recapito telef \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

In possesso dei requisiti culturali e professionali necessari per l'espletamento del servizio, come previsto dall'art. 38 del D.Lgs. 81/2008,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico del Lavoro competente.

Dichiara inoltre di essere disponibile e si impegna esplicitamente a svolgere, in caso di conferimento dell'incarico, l'attività di medico competente del lavoro, rendendosi disponibile per ogni tipologia di servizio richiesto afferente all'incarico ricoperto e indicato nell'avviso di selezione.

A tal fine allega:

Curriculum vitae in formato europeo, datato, firmato e contenente autorizzazione al trattamento dei dati

Documento d'identità

Dichiarazione sostitutiva (All.B)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

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

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 dichiaro altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa".

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