

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO DI GARA PER LA SELEZIONE DI
MEDICO COMPETENTE PER L'ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA
PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008 - PERIODO 01/10/2024-30/09/2027**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ e residente in _____

prov. _____ via _____ cap _____

tel./cell. _____ indirizzo di posta elettronica _____

Codice fiscale _____ in nome o per conto della Ditta/società/studio

medico _____ Sita/o in via _____

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. 6033 del 17/09/2024.

Luogo e data _____

Timbro e Firma _____