

**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 \_\_\_\_\_

**Allegato: Documento di identità valido**