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

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____ prov. _____ via

_____ cap _____ indirizzo di posta elettronica

Codice fiscale _____, oppure la seguente

_____ (società, associazione) CF _____

PI _____ iscritta al registro imprese di _____ SEDE

LEGALE _____ in possesso dei requisiti previsti dal Bando di

selezione di cui all'oggetto,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente del Lavoro presso l'ITES "Luigi Einaudi" di Verona.

Luogo e data _____

Firma

Allegato: Documento di identità