

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER
L'ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008 E DELLA
SORVEGLIANZA SANITARIA ECCEZIONALE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CD. LAVORATORI
FRAGILI- BANDO DI GARA CIG n. _____**

Il/la
sottoscritto/a _____

—

nato/a
a _____ il _____

e residente in _____ prov. _____ via

cap _____ indirizzo di posta elettronica

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

Sita/o _____ in

In possesso dei requisiti previsti dal presente Bando,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente presso
l'istituzione scolastica _____.

Luogo e data _____

Timbro e
Firma

Allegato: Documento di identità