

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER  
L'ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008 –  
BANDO DI GARA - CIG

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

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

e residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Codice fiscale n. \_\_\_\_\_ 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.** \_\_\_\_\_ del Dirigente Scolastico dell'IC 1 di SINISCOLA.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma

---