

Allegato 1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE 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 _____ 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. 3481/U del 26/07/2022

Luogo e data _____ Timbro e Firma _____