

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

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 \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

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. 14129/2022 del 03/10/2022.

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

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_