

**ISTANZA 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 possesso dei requisiti previsti dal presente bando,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente di cui all' avviso
prot. n. _____

Luogo e data _____

Firma

Allegato: Documento di identità