

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER L'ESERCIZIO DELLA
SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008 – BANDO DI GARA CIG Z5A2D9AFA2**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____ prov. ____ via _____

cap _____ indirizzo di posta elettronica _____

Codice fiscale _____ partita IVA _____

in nome o per conto della /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 del Lavoro presso
l'Istituto Comprensivo Dante di Gallarate.

Luogo e data _____

Timbro e Firma
