

**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*

\_\_\_\_\_