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_____il_____e residente_____

in_____prov.____via_____cap_____

e-mail _____Codice fiscale_____

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 presente bando

Luogo e data_____

Timbro e firma

_____

Allegato:documento di identità