

ALLEGATO Modello N.1 - Bando di gara per l'affidamento dell'incarico di medico competente per l'esercizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs81/2008 –C.I.G. Z0C1F07B70

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER L'ESERCIZIO
DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008 –
BANDO DI GARA CIG Z0C1F07B70**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____ prov. _____ via _____

cap _____ indirizzo di posta elettronica _____

Codice fiscale n. _____

in nome o per conto della Ditta/società/studio medico _____

Sita/o in via _____

in possesso dei requisiti previsti dal presente Bando,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione di cui al Bando Prot. _____ in

qualità di Medico Competente del Lavoro.

Luogo e data _____

Timbro e Firma