

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

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 in qualità di Medico Competente del Lavoro di cui al bando prot. n. ... del Dirigente Scolastico dell'I.C. "G. La Pira" P.zza Costituzione San Donnino di Campi Bisenzio (FI).

Luogo e data _____

Timbro e Firma

Allegato: Documento di identità