# Allegato 1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER L’ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008**

**AVVISO PUBBLICO del 5/1/2021**

Il/lasottoscritto/a

nato/a a

il

e residente in prov. via

cap indirizzo di posta elettronica

Codice fiscale in nome o per conto della Ditta/società/studiomedico

Sita/o in via

in possesso dei requisiti previsti dall’Avviso pubblico del 5/1/2021,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente del Lavoro l’esercizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs 81/2008 per l’anno 2021

Luogo e data

Timbro e Firma

Allegato: Documento di identità