**Allegato 1**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER L’ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008 2022–2023**

Il/la sottoscritto/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/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. 10117 del 06/06/2023

Luogo e data

Timbro e Firma

Allegato: Documento di identità