

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

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 \_\_\_\_\_

In possesso dei requisiti previsti dal presente Bando,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente presso  
l'istituzione scolastica \_\_\_\_\_.

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

*Timbro e  
Firma*

\_\_\_\_\_

**Allegato: Documento di identità**