

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER L'ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PRESSO LA DIREZIONE DIDATTICA DI SANTA TERESA DI RIVA PER L'A.S. 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. 5819 del 4.08.2022.

Luogo e data _____

Timbro e Firma
