

**Allegato n. 1 –Tabella A – Domanda di partecipazione**

**Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo di  
Cavenago di Brianza  
Via S.Giulio, 20  
20873 CAVENAGO DI BRIANZA (MB)**

**Oggetto: Domanda di partecipazione alla selezione di medico competente per l'esercizio della sorveglianza sanitaria previsto dal D.lgs 81/2008**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

in nome proprio Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ in possesso dei requisiti previsti dal

bando,

**CHIEDE**

Di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente del Lavoro di cui al bando citato in oggetto.

Data e firma

\_\_\_\_\_