

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI
MEDICO COMPETENTE
(professionista candidato al conferimento dell'incarico)**

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

e residente in _____

via _____ CAP _____

Codice fiscale _____

Indirizzo di posta elettronica _____

In possesso dei requisiti culturali e professionali necessari per l'espletamento del servizio,
come previsto dall'art. 38 del D.Lgs. 81/2008,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico del Lavoro competente
indetta con avviso prot. n.977 del 03-02-2026 (decreto avvio procedura prot. n. 976 del 03-
02-2026

Dichiara inoltre di essere disponibile e si impegna esplicitamente a svolgere, in caso di
conferimento dell'incarico, l'attività di medico competente del lavoro, rendendosi disponibile
per ogni tipologia di servizio richiesto afferente all'incarico ricoperto e indicato nell'avviso di
selezione.

A tal fine allega:

Curriculum vitae in formato europeo

Documento d'identità

Dichiarazione sostitutiva (All. B)

Dichiarazione privacy (All. D)

_____, _____

(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 dichiaro altresì, di essere informato
che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del
procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa”.

(firma, per esteso e leggibile)