



Comune di Sona

Provincia di Verona

Regione Veneto



CANDIDATURA PER INCARICO MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL D.LGS. N. 81/2008

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ C.F. _____
residente in _____ Via _____ n. _____ cap _____,

DICHIARA

di ridurre i minimi tariffari per lo svolgimento del servizio di medico competente per il Comune di Sona nella misura percentuale di _____% (diconsi _____per cento).

(data e luogo) _____, _____

IL MEDICO CANDIDATO (*)

(*) Timbro e firma leggibile e per esteso