

ALLEGATO 1
ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO
DI N 1 INCARICO DI **CONSULENTE ODONTOIATRA** PER LE SEDI INAIL DEL MOLISE
(autodichiarazione resa ai sensi ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residente in _____

con studio in Via _____

del Comune di _____ Provincia di _____

Codice fiscale _____ Partita Iva n. _____

N° telefono _____ indirizzo PEC: _____

DICHIARA

Di voler partecipare alla procedura comparativa per il conferimento dell'incarico di n. 1 incarico di Consulente Odontoiatra per le Sedi INAIL del Molise.

nella qualità di:

- persona fisica
- persona giuridica

(barrare l'ipotesi che ricorre)

(Solo nel caso di persona giuridica)

Partecipando nella qualità di persona giuridica il sottoscritto dichiara che il professionista incaricato in qualità di "CONSULENTE IN ODONTOIATRIA" è il dott.

_____.

In fede: _____
(data) (firma)

Il firmatario dichiarante allega alla presente la fotocopia del proprio documento di identità valido a tutti gli effetti di legge.