

**ALLEGATO 1**  
ISTANZA DI PARTECIPAZIONE  
***(un modello per ogni Sede interessata)***

PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO  
DI N. 3 INCARICHI DI **CONSULENTE ODONTOIATRA** PER LE SEDI INAIL DEL  
MOLISE  
(autodichiarazione resa 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 mail: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di voler partecipare alla procedura comparativa per il conferimento dell'incarico di Consulente Odontoiatra, indicando per quale sede INAIL partecipa tra le seguenti:

- CAMPOBASSO via Garibaldi, n. 2/C - 86100
- TERMOLI via I. Enaudi, n. 1/G - 86039
- ISERNIA via Piemonte, n. 1 86170

*(barrare la/e sede/i interessata/e)*

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.