

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL
CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI CONSULENTE MEDICO-ODONTOIATRA**

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residente in Via _____

del Comune di _____ Provincia di _____

nella qualità di _____

con studio (o sede legale) in Via _____

del Comune di _____ Provincia di _____

Codice fiscale _____ Partita Iva n. _____

DICHIARA

di voler partecipare alla procedura comparativa per il conferimento dell'incarico di consulente medico-odontoiatra 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 medico odontoiatra" 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.

In fede: _____

(data)

(firma)