

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI PSICOLOGO PER  
ATTIVITA' DI CONSULENZA E ASSISTENZA PSICOLOGICA  
BANDO DI GARA -CIG. Z2D2A11DBF**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ in nome o per conto della Ditta/società/studio medico

\_\_\_\_\_

Sita/o in via

\_\_\_\_\_

In possesso dei requisiti previsti dal presente Bando,

**CHIEDE**

Di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità PSICOLOGO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allegato: Documento di identità