

ALLEGATO “A”

Al Direttore dell'Ufficio Distrettuale
Esecuzione Penale Esterna di Potenza
Via dei Mille snc
Potenza
uepe.potenza@giustizia.it
uepe.potenza@giustiziacert.it

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____
Il _____ residente a _____ in via _____
n. _____ cap _____ telefono _____
laureato in _____
iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di _____
specializzato in _____

MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA'

all'assunzione dell'incarico di “Medico Competente” presso codesto Ufficio Distrettuale
Esecuzione Penale Esterna ai sensi dell'articolo 25 del Decreto Legislativo n. 81/2008
previa partecipazione a successiva selezione per titoli e colloquio.

Data _____

Firma
