

**ALLEGATO “A”**

Al Direttore dell'Ufficio Distrettuale  
Esecuzione Penale Esterna di Potenza  
Via dei Mille snc  
Potenza  
[uepe.potenza@giustizia.it](mailto:uepe.potenza@giustizia.it)  
[uepe.potenza@giustiziacert.it](mailto: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

\_\_\_\_\_