

**Al Signor Direttore della SFAP
di San Pietro Clarenza - Catania**

Il sottoscritto _____ nato a _____
Il _____ residente a _____
_____ Via _____
n. _____ (cap. _____) tel. _____ laureato in _____
_____ iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di _____
Specializzato in _____

CHIEDE

di essere incluso per l'anno _____ nella graduatoria di Medico del lavoro presso codesto
SFAP di San Pietro Clarenza - Catania.

Si allega scheda di valutazione e la relativa documentazione.

San Pietro Clarenza li _____

Firma _____