

**Al Signor Direttore della Casa Circondariale di
ARIANO IRPINO**

Il/la sottoscritto/a dr./ssa _____ nato/a a _____
_____ residente a _____ Via
_____ n. _____ (c.a.p. _____) tel. _____ e-
mail _____ pec _____,
laureato/a in _____
iscritto/a all'Ordine Provinciale dei Medici di _____
specializzato in _____

c h i e d e

di essere incluso per l'anno **2026** nella graduatoria di medico del lavoro presso codesto Istituto.

Dichiaro di aver preso atto delle tariffe attualmente in vigore e precisamente:

€ 15.00 per ogni accesso in Istituto

€ 20,00 per ogni visita

€ 14, 28 per esami diagnostici (spiriometrico o audiometrico)

€ 25,82 visita ambienti di lavoro

Si allega scheda di valutazione e la relativa documentazione ovvero: Curriculum Vitae ad uso pubblicazione, attestazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ex art. 53 c.14

D.Lgs 165/2001 e autocertificazione dei titoli dichiarati

Luogo e Data

Firma

_____, li _____
