

Al Signor Direttore della Casa Circondariale Giuseppe Salvia

Il sottoscritto dr. _____ nato a _____

il _____ residente a _____

Via _____ n. _____ (c.a.p. _____)

tel. _____ e-mail _____

pec _____

laureato in _____

iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di _____

specializzato in _____

chiede di essere incluso per l'anno **2025** nella graduatoria di medico competente presso codesto Istituto.

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

- 1) diritto di accesso € 15,00
- 2) visita medica €. 20,00
- 3) esame audiometrico € 14,28
- 4) esame spirometrico € 14,28
- 5) visita agli ambienti di lavoro €. 25,82-.

Si allega la relativa documentazione ovvero: Curriculum Vitae ad uso pubblicazione, dichiarazione sostitutiva atto di notorietà, autocertificazione dei titoli dichiarati.

Data _____

Firma