

Al Signor Direttore

di \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ nella graduatoria di \_\_\_\_\_

della \_\_\_\_\_ medicina specialistica presso codesto Istituto.

Si allega scheda di valutazione e la relativa documentazione.

- |                                   |         |
|-----------------------------------|---------|
| 1) diritto di accesso             | € 15,00 |
| 2) visita medica                  | € 20,66 |
| 3) esame audiometrico             | € 14,28 |
| 4) esame spirometrico             | € 14,28 |
| 5) visita agli ambienti di lavoro | € 25,82 |
| 6) test sostanze stupefacenti     | € 65,00 |
| 7) test alcool                    | € 37,00 |

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_