

**ALLA DIREZIONE DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI
DI REGGIO CALABRIA**

Il/La sottoscritto/a
Dr./D.ssa _____

Nato/a a _____

Residente a _____ Prov. _____

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

Tel. _____ cell. _____

e-mail _____

Laureato in _____

Iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici
di _____

Specializzato in _____

Chiede di essere incluso per l'anno _____ nella graduatoria di medico
competente presso codesta Direzione.

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

1. Diritto di accesso E. 20,00
2. Visita medica E. 15,00
3. Esame audiometrico E. 14,28
4. Esame spirometrico E. 14,28
5. Visita agli ambienti di lavoro E. 25,82

Si allega scheda di valutazione e la relativa documentazione ovvero: Curriculum Vitae
in **formato Word**, attestazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi
ex art.53 c.14. D.Lgs. 165/2001).

Data _____