

Al Signor Direttore della Casa Circondariale “Antonio Caputo” Salerno

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 medico  
competente presso codesto Istituto.

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

- € 15,00 (comprensivo di IVA) compenso fisso per ogni accesso in Istituto;
- € 20,00 (comprensivo di IVA) per la visita medica ai lavoratori con compilazione della cartella sanitaria e del relativo giudizio di idoneità alla mansione specifica;
- € 14,28 (comprensivo di IVA) esame audiometrico;
- € 14,28 (comprensivo di IVA) esame spirometrico;
- € 25,82 (compenso orario comprensivo di IVA) per la visita agli 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, autocertificazione dei titoli dichiarati.

Data \_\_\_\_\_

Firma