

Al Signor Direttore
della CASA CIRCONDARIALE DI _____

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

Nato/a a _____

Residente a _____ Prov. _____

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

Tel. _____ cell. _____

Email _____ 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 la Direzione della Casa Circondariale di Treviso.

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

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

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

Data _____

Firma _____