

Al Direttore della Casa Circondariale  
Venezia SMM

Il/la sottoscritt..... dott/dott.ssa.....  
nat.... a..... il.....  
residente a..... via .....  
n..... cap ..... telefono fisso ..... telefono mobile .....  
e-mail ..... PEC .....  
laureato/a in .....  
iscritto/a Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di .....  
specializzato/a in .....  
.....

c h i e d e

di essere incluso/a per l'anno \_\_\_\_\_ nella graduatoria dei **Medici Competenti ai sensi del D. Lgs. n.81/2008**  
presso codesto Istituto.

Data.....

Firma.....