

Al Signor Direttore della Casa Circondariale di Voghera

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 2024 nella graduatoria di medico competente presso la Direzione della Casa Circondariale di Voghera. Dichiara di aver preso atto delle tariffe attualmente in vigore e di seguito elencate:

- 1) diritto di accesso € 15,00
- 2) visita medica € 20,00
- 3) per esami diagnostici (audiometrico, spirometrico...) € 14,28
- 5) visita agli ambienti di lavoro € 25,82

Si allega:

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
- scheda di valutazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_