

Al Signor Provveditore dell'Amministrazione Penitenziaria

di PADOVA

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 \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

chiede

di essere incluso per l'anno 2025 nella graduatoria di medico incaricato della docenza per il Corso Patenti di Servizio Categoria "B" per gli appartenenti al Corpo di Polizia Penitenziaria.

Dichiara di essere a conoscenza che l'importo orario è di € 36,15 lordo, a cui sarà applicata la ritenuta d'acconto in vigore e che il compenso verrà corrisposto periodicamente dietro presentazione di regolare fattura elettronica ai sensi dell'art. 1, commi da 209 a 213 della legge 24 dicembre 2007 n. 244 — Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 3 aprile 2013 n. 55, previa verifica ed attestazione della regolarità ed effettività della prestazione resa.

Si allega scheda di valutazione e la relativa documentazione.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_