

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 \_\_\_\_\_

specializzato in \_\_\_\_\_

di essere incluso per l'anno 2019 nella graduatoria di medico competente del  
Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria.

Dichiara di aver preso atto delle tariffe contenute nella convenzione allegata  
all'avviso pubblico.

Allega scheda di valutazione e relativa documentazione

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_