

Al Signor Direttore  
di

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (c.a.p. \_\_\_\_\_)

telefono. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

laureato in \_\_\_\_\_

iscritto all'Ordine Provinciale dei Medico di \_\_\_\_\_

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

chiede

di essere incluso per l'anno \_\_\_\_\_ nella graduatoria di \_\_\_\_\_

presso codesto Istituto.

Si allega scheda di valutazione e la relativa documentazione.

Data

Firma