

Al Sig. Direttore della
Casa circondariale /reclusione di _____

Il/la sottoscritto/a dr./d.ssa _____

Nato/a a _____ il _____

residente a __prov. _____

Via __n.__(c.a.p._____) tel.__cell.: _____

e-mail____pec _____

laureato in _____

iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di _____

specializzato in _____

chiede di essere incluso per l'anno _____ nella graduatoria di medico competente presso codesta Casa Circondariale/reclusione_____

Dichiara di aver preso atto delle tariffe attualmente in vigore e precisamente:

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

Si allega scheda di valutazione e la relativa documentazione ovvero: Curriculum Vitae formato word, attestazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ex art. 53 c.14. D.Lgs 165/2001).

Data _____

Firma _____