

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.

DICHIARA DI AVER PRESO ATTO DELLE TARIFFE ATTUALMENTE IN VIGORE E PRECISAMENTE;

- |  |         |
|--|---------|
| 1) - DIRITTO DI ACCESSO  | € 15,00 |
| 2) - VISITA MEDICA   | € 20,66 |
| 3) - <u>esame audiometrico</u>   | € 14,28 |
| 4) - <u>esame spirometrico</u>   | € 14,28 |
| 5) - <u>test funzionalità visiva assimilabile tariffario nazionale SSN DM 22/07/96</u> |         |

Si allega scheda di valutazione e la relativa documentazione (curriculum vitae europeo formato word, dichiarazione di sussistenza cause incompatibilità e conflitto di interessi).

Data