

Al sig. Direttore dell'  
UIEPE per la Sicilia  
PALERMO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ PEC  
\_\_\_\_\_ laureato in \_\_\_\_\_  
specializzato in \_\_\_\_\_ iscritto all'Ordine  
Provinciale dei Medici di \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_\_\_

CHIEDE

Di essere incluso per l'anno \_\_\_\_\_ nella graduatoria di Medico Competente  
presso codesto UIEPE – sede di Palermo per la branca specialistica della Medicina del  
Lavoro come da avviso del \_\_\_\_\_ .

Si allega scheda di valutazione e la relativa documentazione

Data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_