

Al Signor Direttore

di \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

della medicina specialistica presso codesto Istituto.

Si allega scheda di valutazione e la relativa documentazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_