

Al Sig. Direttore
Dell'Ufficio Interdistrettuale di Esecuzione
Penale Esterna di Cagliari

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 nella graduatoria di cui all'avviso del 5 febbraio 2019 dell'Ufficio Interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna di Cagliari, relativo alla stipula di una Convenzione per l'incarico di Medico Competente, ai sensi del D. Lgs. 81/2008, **con l'Ufficio Interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna di Cagliari per l'Ufficio Locale/ Distrettuale di Esecuzione Penale Esterna di _____**

Si allega scheda di valutazione compilata e la relativa autocertificazione

Data _____

Firma _____