Al Signor Direttore

della Casa Circondariale

di Trieste

Il sottoscritto dr. _____ nato a _____

Il _____ residente a _____

Via _____ n. _____ (c.a.p. _____)

telefono _____

Email _____ PEC _____

Laureato in _____

iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici 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) – visita audiometrica € 14,28
4) - esame spirometrico € 14,28
5) – test funzionalità visiva assimilabile tariffario nazionale SSN DM 22/07/96

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

Firma