Al Signor Direttore

Dell’Uiepe

di Catanzaro

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 medico competente presso codesto Ufficio.

Dichiara di aver preso atto delle tariffe attualmente in vigore e precisamente:

1) diritto di accesso in struttura € 15,00

2) visita medica €. 20,00

3) esame audiometrico € 14,28

4) esame spirometrico € 14,28

5) visita oculistica € 14,28

5) EGM € 14,28

5) visita agli ambienti di lavoro €. 25,82-.

6) riunione annuale € 25,82

7) collaborazione alla redazione DVR € 25,82

8) eventuali esami di laboratorio se necessari secondo accordi con la direzione

Si allega scheda di valutazione e la relativa documentazione ovvero: Curriculum Vitae in formato word, attestazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ex art. 53 c.14. D.Lgs 165/2001.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma