

ALLEGATO N.2



**Ministero dell'Istruzione
Convitto Nazionale Statale " G. Piazzi" Sondrio e
scuole annesse**

Il sottoscritto.....nato a.....
provincia (.....) il.....
codice fiscale.....tel.....
e_mail.....
residente a..... provincia
in via.....

OFFERTA PER VISITA MEDICA A CHIAMATA PER CONVITTORI/TRICI :

presso le sedi del Convitto _____

presso il proprio ambulatorio_____

GLI IMPORTI INDICATI SONO COMPRESIVI DI TUTTI GLI ONERI DI LEGGE

..... In fede.....