

**MODELLO DI RICORSO AVVERSO L'ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA
PROVVISORIA DI VOUCHER FARMACEUTICI**

IL SOTTOSCRITTO _____

NATA A _____ IL _____

RESIDENTE _____ IN VIA _____

TEL. _____ CELL. _____

AVENDO PRESENTATO DOMANDE DI PARTECIPAZIONE CON PROT _____

DEL _____

OPPONE RICORSO AVVERSO LA GRADUATORIA VOUCHER FARMACEUTICI

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONI:

SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

DATA -----

FIRMA
