

VOSTRA CARTA INTESTATA

Spett. E.Q
p.c. Spett. ASL ____

oggetto : incarico di Esperto Qualificato

con la presente si comunica che l'incarico di attuare quanto di propria competenza per l'attuazione dell'articolo 157 del DLgs 230/95 s.m. ed i., è affidata all'esperto qualificato di ____ grado _NOME EQ __, iscritto con il numero _____ all'elenco ministeriale che sottoscrive la presente per accettazione.

In fede

Per accettazione

Timbro e firma E.Q.