

Spett.
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Sassari
*consegna a mano**

OGGETTO: richiesta di tesserino magnetico di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa
nato/a prov.
il codice fiscale
residente a
via n.
c.a.p tel. cell.
e-mail PEC

iscritto/a all'Albo Medici Chirurghi di Codesto Ordine al numero

iscritto/a all'Albo Odontoiatri di Codesto Ordine al numero

CHIEDE

il rilascio del tesserino magnetico di riconoscimento ed allega:

- 1) N. 2 fotografie, uguali e recenti, in formato tessera;
- 2) Copia del documento di identità.

Sassari,

Il Richiedente

.....

*N.B. La presente richiesta deve essere presentata a mano esclusivamente a cura del richiedente al fine di consentire la legalizzazione delle fotografie effettuata dal personale dell'Ordine ai sensi dell'art. 34 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000.

MM/rm