

Richiesta di:

**CERTIFICATO DI ISCRIZIONE**

\_\_I\_\_ sottoscritt\_ Dott. \_ .....

nat\_ a..... il ..... iscritt\_ nell'Albo

dei MEDICI-CHIRURGHI [ ] con Posizione n. ....

degli ODONTOIATRI [ ] con Posizione n. ....

**CHIEDE**

il rilascio di:

<input type="checkbox"/> <b>CERTIFICATO di ISCRIZIONE (vedi FAC-SIMILE)</b>	<input type="checkbox"/> ALBO MEDICI-CHIRURGHI	N.° COPIE:
	<input type="checkbox"/> ALBO ODONTOIATRI	N.° COPIE:

da far pervenire indicando una sola delle seguente modalità:

**INVIO PER FAX** al seguente N.°:

.....

**INVIO PER E-MAIL** al seguente indirizzo:

.....

**INVIO PER POSTA** al seguente recapito **IN ITALIA**:

.....

.....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

[ ] INVIO x POSTA/Fax/e-mail ecc ... (Allegare **FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO d'identità** - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)