

MODULO DI PRE-ISTRUTTORIA

PER LA REALIZZAZIONE DI PROGRAMMI DI MICROCREDITO FINANZA AD IMPATTO SOCIALE E
LO SVILUPPO E LA DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELLA MICROFINANZA

**ALL'ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI
ROMA - info@ordinemediciroma.it**

Per informazioni: Dott. Giovanni Carnovale 3392313983

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residenza _____

Domicilio _____

Codice fiscale _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

PEC _____

E-MAIL _____

Iscritto all'OMCeO di _____

Specializzazione in _____

Possesso di PARTITA IVA da non più di cinque anni

SI

NO

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modificazioni, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di falsità e dichiarazioni mendaci,

CHIEDE

In qualità di :

Medico

Odontoiatra

Rappresentante legale di società STP _____

