

# ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S. 13/09/1946 n. 233) Via G.B. De Rossi, 9 00161 ROMA - Tel. 06/4417121 (8 linee r. a.) - Fax 06/44234665

Richiesta di:

## CERTIFICATO DI ISCRIZIONE

\_\_\_l\_\_\_ 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 O PEC** 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) - x **PEC senza documento**