

Richiesta di:

**ATTESTAZIONE RELATIVA ALLA POSIZIONE DISCIPLINARE DEL SANITARIO PER
L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE ALL'ESTERO**

__I__ sottoscritt_ Dott. iscritt_ nell'Albo

dei MEDICI-CHIRURGHI [] con Posizione n.

degli ODONTOIATRI [] con Posizione n.

nat_ a il

residente in Via n.

cap Telefono Cellulare E-mail

CHIEDE

che gli/le venga rilasciata una attestazione inerente la propria posizione disciplinare per l'esercizio dell'attività professionale in n. esemplari da presentare a

RITIRA A MANO

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)

Qualora fosse necessario ottenere un "ATTESTATO DI CONFORMITÀ E DEL GOOD PROFESSIONAL STANDING" cliccare sul Link:
[Ministero della Salute](#)

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

[] **PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO**

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del

Sig./Sig.^{ra} _____

Timbro e Firma del Funzionario

Rilasciata RICEVUTA N.° _____ del _____