

All'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
di Piacenza

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa.....
nato/a a.....il.....
iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi/Odontoiatri presso codesto Ordine con la
presente

chiede

il rilascio di un certificato di iscrizione in bollo.

Piacenza,.....

FIRMA

.....