

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

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

chiede

il rilascio di un certificato di iscrizione in carta libera per
.....
.....
ai sensi dell'art.....del provvedimento legislativo.....
.....

F I R M A

.....