

All'Ordine Provinciale dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri di  
Piacenza  
Via San Marco, n. 27  
29121 PIACENZA

Il/La sottoscritto/a Dott. /Dott.ssa.....  
iscritto/a a codesto Ordine al n..... dal.....  
residente a .....  
Via .....Cap.....  
e-mail .....  
Telefono .....Cell.....  
PEC .....  
C.F.....

con la presente chiede il rilascio del Codice PIN quale : ( \* )

- 1) sostituto di medico di medicina generale convenzionato
- 2) libero professionista

Data .....

IL RICHIEDENTE

.....

**Allegato : copia documento di identità**

( \* ) cancellare la voce che non interessa