

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

ViaCap.....

e-mail

TelefonoCell.....

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