RICHIESTA RILASCIO TESSERA D'ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a_____ il _____

residente in_____ Via_____ n° _____

Codice Fiscale_____

Tel._____Cell._____e-mail_____

PEC_____ Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi/Odontoiatri

della provincia di Livorno al n° _____dal_____

Disciplina_____

CHIEDE

il rilascio della tessera d'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi/Odontoiatri della provincia di Livorno a seguito di trasferimento da altro Ordine.

Livorno lì, _____

Il /La dichiarante_____

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DICHIARAZIONE NON VERITIERA

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI LIVORNO

Attesto ai sensi dell'art.30 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che

Il/la Dott./Dott.ssa_____ identificato

con documento_____ n. _____ rilasciato il

_____ ha sottoscritto in mia presenza la dichiarazione di cui sopra.

Livorno lì, _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

_____

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE PER LA RICHIESTA
DELLA TESSERA PROFESSIONALE

Si allegano alla presente domanda:

→ fotocopia del documento d'identità;

→ n° 1 foto formato tessera

→ Copia del versamento di € 10,00 (dieci) sul c/c bancario DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI LIVORNO

CODICE IBAN: IT 66 E 01015 13900 000000020326

(BANCO DI SARDEGNA – P.ZZA CAVOUR - 57126 LIVORNO)