

RICHIESTA RILASCIO CREDENZIALI CODICE PIN

All'Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri di Livorno
Via Michon n° 8 – 57126 Livorno
- Fax 0586 897627
Mail: info@medicilivorno.it

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.^{ssa} _____

Nato/a _____ il ____ / ____ / ____

Iscritto/a a codesto Ordine e residente a _____ (____)

in via _____ cap _____ n° _____

e-mail _____

PEC _____

Tel _____ cell _____

Con la presente chiede a codesto spett.le Ordine professionale il rilascio delle credenziali di accesso per l'abilitazione all'invio telematico di certificazione di malattia come medico certificatore

in qualità di (*) _____

(*indicare se sostituto di medico di medicina generale, continuità assistenziale oppure se libero professionista).

Il Richiedente

Data _____

Allegato: copia documento di identità.