



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI CATANIA

Marca da
Bolli
€ 16.00

**Al Presidente dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Catania**

Richiesta di Certificato di Iscrizione

Art. 3, comma 1 del DPR 642/72

Il sottoscritt__ Dott.____.....

nat_a il iscritt__ nell'Albo

- dei MEDICI-CHIRURGI [] con Posizione n.
- degli ODONTOIATRI [] con Posizione n.

CHIEDE

il rilascio di:

- > CERTIFICATO di ISCRIZIONE ALBO MEDICI-CHIRURGI N°__ COPIE:
- > CERTIFICATO di ISCRIZIONE ALBO ODONTOIATRI N°__ COPIE:

Per uso _____

Allego fotocopia documento di riconoscimento.

Allego N° ____ marche da bollo.

Data _____

Firma _____