

Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna

Il sottoscritto Dott./Prof. _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ Prov. _____

In Via _____

Iscritto all'Albo dei: Medici Chirurghi / ____ /

 Odontoiatri / ____ /

Dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna

In data ____ / ____ / ____ al n. _____

C H I E D E

Di essere inserito nell'elenco dei medici disponibili alla stipulazione di Convenzioni

Con gli Enti di cosiddetta Mutualità Volontaria per la branca di _____

Bologna,..... Firma (*)......

(*) la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt.30 e 38 DPR 28/12/2000 n.445)

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

L'identità personale è stata accertata a mezzo.....
n.....rilasciato il.....da.....

Data..... Firma del legalizzante.....
(qualifica professionale C1/B2)

&° &° &°

Consento l'utilizzo dei presenti dati per i fini informativi richiesti e ad eventuali fini statistici da parte dell'Ordine; essi potranno essere modificati e cancellati in qualsiasi momento dall'interessato (art.10 L.675/96).