

Spett. Segreteria
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di
UDINE

Marca da bollo

€ 16,00

OGGETTO: Richiesta certificati d'iscrizione all'Ordine.

Il sottoscritt _____
nat_ a _____ il _____
e residente a _____ (Prov. _____)
Via _____ n. _____,

C H I E D E

Il rilascio di n. _____ certificati d'iscrizione all'Ordine
per uso _____

D I C H I A R A

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.
- di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti.

li _____

IL RICHIEDENTE

Allegare fotocopia documento identità.

Allega: n. _____ Marche da Bollo da € 16.00