

OGGETTO: rilascio credenziali Sistema TS

All'Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri di Alessandria
Via Pisacane, 21
15121 ALESSANDRIA
FAX 0131/52455
E-mail: omceo@ordinemedici.al.it

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

iscritto/a a codesto Ordine, residente a _____

via _____

telefono _____ e-mail _____

PEC _____

con la presente chiede il rilascio delle credenziali per il sistema TS .

Il Richiedente

Data _____

Allegato: copia documento di identità.