

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Novara
Via Torelli, 31/A
28100 NOVARA
TEL 0321/410130
e-mail:
ordinemediciodontoiatrinovara@gmail.com

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

iscritto/a all'Ordine di _____ al N° _____ ,

residente a _____

e-mail _____

telefono _____

Codice Fiscale _____

con la presente chiede il rilascio delle credenziali di accesso al Servizio Tessera Sanitaria.

Il Richiedente

Data _____

Allegato: copia documento di identità.