

RICHIESTA DI CERTIFICATO DI ISCRIZIONE

**ALL'ORDINE MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI SIRACUSA**

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a – a

Il _____ codice fiscale _____

residente a _____

via _____ n. _____

n. _____ iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi

n. _____ iscritto all'Albo degli Odontoiatri

CHIEDE

- del CERTIFICATO di iscrizione in bollo**

(indicare tipologia assolvimento imposta di bollo)

- del CERTIFICATO di iscrizione esente da bollo come da:**

(indicare la norma di esenzione ovvero di destinazione)

Luogo, data _ Firma _____

Allegati:

- Marca da bollo €. 16,00
- Copia documento riconoscimento

Da produrre in Bollo da €. 16,00 solo nei casi di certificazione richiesta in bollo