

**All'Ordine dei Medici-Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Napoli  
e Provincia**

Il/la sottoscritta Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Albo dei Medici-Chirurghi di codesto Ordine con numero \_\_\_\_\_

**chiede:**

di essere inserito/a nel costituendo elenco pubblico dei Medici-Chirurghi esercenti la Medicina Estetica.

A tale scopo allega alla presente la documentazione (fotocopie autenticate e dichiarazioni sostitutive) comprovante il possesso di uno dei titoli previsti dalla Disciplina determinata da codesto Ordine.

Altresì, allega alla presente fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

All. N° \_\_\_\_\_