

Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
di Napoli e provincia

Marca da bollo
da € 16,00

RICHIESTA CERTIFICATI IN BOLLO

Il/La sottoscritto/a

Nato a

il

iscritto all'Albo dei

MEDICI CHIRURGHI

ODONTOIATRI

con n.

tel.

email

CHIEDE IL RILASCIO DEI SEGUENTI CERTIFICATI IN BOLLO

COPIE N.	CERTIFICATO
_____	Certificato di iscrizione in lingua italiana PAESI NON UE
_____	Certificato di good standing in lingua inglese PAESI NON UE
_____	Certificato USO ESTERO per adozione internazionale (esente bollo)
_____	Altro _____
NOTE	

A tal fine il/la sottoscritto/a allega copia di un proprio documento d'identità in corso di validità.

Napoli, _____

Firma _____

PER RICEVUTA: _____