

**Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna**

Il sottoscritto Dott./Prof. \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo dei:        Medici Chirurghi        / \_\_\_\_ /

   Odontoiatri        / \_\_\_\_ /

Dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna

In data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

Di essere inserito nell'elenco dei medici disponibili alla stipulazione di Convenzioni

Con gli Enti di cosiddetta Mutualità Volontaria per la branca di \_\_\_\_\_

Bologna,..... Firma (\*)......

(\* ) la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt.30 e 38 DPR 28/12/2000 n.445)

Spazio riservato all'Ufficio:

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA**

L'identità personale è stata accertata a mezzo.....  
n.....rilasciato il.....da.....

Data..... Firma del legalizzante.....  
(qualifica professionale C1/B2)

**&° &° &°**

Consento l'utilizzo dei presenti dati per i fini informativi richiesti e ad eventuali fini statistici da parte dell'Ordine; essi potranno essere modificati e cancellati in qualsiasi momento dall'interessato (art.10 L.675/96).