

Il/La Sottoscritto/a

Prof.Dott _____.

Con studio medico in _____ Via e n. _____

Iscritto/a all'Albo professionale dei/degli _____

C H I E D E

Il nulla osta alla iscrizione su biglietti da visita, ricettari e timbri:

TESTO:

Allegati depositati agli atti dell'Ordine.....

- Dichiaro che quanto asserito è conforme alla linea guida approvata dall'Ordine in data 7 marzo 2007

Data, _____ 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 C2/B3)

.....
PARTE RISERVATA ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Si esprime parere favorevole alla pubblicità nelle forme e limiti qui sopra indicati.

Bologna,