ALL'ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VICENZA

RICHIESTA CREDENZIALI DI ACCESSO AL SISTEMA TS

Il sottoscritto _____ con la presente

CHIEDE

il rilascio delle credenziali di accesso all'area riservata del Sistema TS e, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

dichiara

di essere nato a _____ il _____

Codice Fiscale n. _____ residente in _____

Via _____ tel. _____

Cell. _____ e-mail _____

PEC _____

Iscritto all'Albo Medici Chirurghi di Vicenza al n. _____

Iscritto all'Albo Odontoiatri di Vicenza al n. _____

Per l'esercizio della propria attività di _____

A tal fine allega copia del documento d'identità.

Luogo e data

Firma _____