

Spett. Segreteria  
Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della Provincia di  
UDINE

**Marca da bollo**

€ 16,00

OGGETTO: Richiesta certificati d'iscrizione all'Ordine.

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

### C H I E D E

Il rilascio di n. \_\_\_\_\_ certificati d'iscrizione all'Ordine

per uso \_\_\_\_\_

### D I C H I A R A

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.
- di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti.

li \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

**Allegare fotocopia documento identità.**

Allega: n. \_\_\_\_\_ Marche da Bollo da € 16.00