

.....  
Marca  
da Bollo  
16,00  
Euro  
.....

**Al Consiglio  
dell'Ordine Provinciale dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri  
di Agrigento**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ;

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ ; Cell. n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. fisso n° \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Laureato in  MEDICINA E CHIRURGIA  ODONTOIOATRIA

Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Voto \_\_\_\_\_  Lode

Abilitazione (Sessione) \_\_\_\_\_ Laurea Abilitante  Matricola N° \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

l'iscrizione all'Albo dei MEDICI o ODONTOIATRI

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità di non essere impiegato in una pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della professione.

Agrigento.....

*Firma*

Tassa d'iscrizione Euro 140,00 versata:

in Banca il \_\_\_\_\_

in Segreteria il \_\_\_\_\_ Ric. N° \_\_\_\_\_

*Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di concedere il consenso al trattamento degli stessi.*