

Marca da bollo  
€ 16,00

**Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Trieste  
P.zza C. Goldoni 10  
34122 TRIESTE**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il ..... iscritto all'Albo dei  
Medici Chirurghi/ Albo degli Odontoiatri al n. .... .

**CHIEDE**

il rilascio del certificato di iscrizione all'Albo.

Data

Firma

Si allega:

copia del documento d'identità.