ALL' ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DI AVELLINO
Via Vasto, 28- 83100 Avellino

Email: info@ordinemediciavellino.it

Oggetto: Richiesta rilascio credenziali sistema TS

Il/la sottoscritto/a dott/dott.ssa

cod. fiscale n. telefono

residente in

indirizzo e n. civico

indirizzo P.E.C

iscritto/a all'Albo

☐ dei Medici Chirurghi n. iscrizione - ☐ degli Odontoiatri n. iscrizione

della provincia di

C H I E D E il rilascio delle credenziali per l'accesso al sistema TS

Luogo e data Firma ……

Allegare copia di un documento di identità