

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGH E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE

Il/La sottoscritto/a Dr./Dott.ssa.....

Nato/a a..... il.....

Residente in.....

Via/P.zza/C.da.....

Isritto/a nell'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone, con numero di
iscrizione....., chiede di essere inserito/a nell'elenco dei medici disponibili
ad effettuare eventuali brevi sostituzioni presso studi medici di medicina generale.

Cellulare.....

Telefono fisso.....

e-mail.....

e-mail PEC.....

Frosinone,

Firma

.....