

Marca da bollo
€ 16,00

Spett.le

ORDINE dei MEDICI VETERINARI

di PADOVA

via Luigi Cadorna, 26

35123 PADOVA (PD)

RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Cap _____

Via _____ n. _____

Tel. N. _____ e-mail _____

PEC _____

Codice Fiscale _____

Iscritto/a all'Albo dei Medici Veterinari di Padova al n. _____ dal _____

CHIEDE

il rilascio di n. ____ Certificato/i di Iscrizione all'Albo professionale dei Medici Veterinari di Padova in carta semplice per gli usi consentiti dalla legge.

Con osservanza

Luogo e data

(Firma Leggibile)

NOTE

1. per le richieste del certificato da inviare con posta elettronica è necessario allegare **COPIA DI DOCUMENTO IDENTITA' VALIDO**
2. per le richieste del Certificato in formato cartaceo è dovuto il pagamento di € 1,55 per Diritti di Segreteria