

**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIERUGH
E DEGLI ODONTOIATRI DI BENEVENTO**
info@ordinemedicibenevento.it

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

il rilascio del codice IUV identificativo per il pagamento della tassa di prima iscrizione e tassa per l'anno in corso dell'STP
denominata _____

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____ cap _____;

Data _____

FIRMA _____