



OMCeO

Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Benevento

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E

ODONTOIATRI DI BENEVENTO

**RICHIESTA RILASCIO CREDENZIALI DI ACCESSO AL SISTEMA
TESSERA SANITARIA**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Iscritto/a:

- Albo Medici Chirurghi n. iscr. _____
 Albo Odontoiatri n. iscr. _____

**CHIEDE IL RILASCIO DELLE CREDENZIALI DI ACCESSO AL
SISTEMA TESSERA SANITARIA**

Data

Firma

Si allega copia documento di identità in corso di validità.

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Rilasciato il _____

Incaricato _____

N.B.: le credenziali di accesso al sistema Tessera Sanitaria possono essere rilasciate **ESCLUSIVAMENTE** al richiedente:

- di persona, presso gli uffici di Segreteria
- tramite PEC personale dell'iscritto.

