



**OMCeO**

Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Benevento

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E  
ODONTOIATRI DI BENEVENTO

## **RICHIESTA TESSERINI D'ISCRIZIONE E/ O CONTRASSEGNO AUTO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

### **CHIEDE IL RILASCIO**

- Tesserino di iscrizione Albo** \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- Duplicato tesserino di iscrizione Albo** \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
per il seguente motivo:  
[ ] smarrimento/ furto tesserino d'iscrizione (allegare copia della denuncia  
presentata agli organi competenti)  
[ ] usura del tesserino d'iscrizione all'albo( da consegnare alla Segreteria)
- Contrassegno auto**

Data

Firma

**Si allega copia documento di identità in corso di validità.**

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

Rilasciato il \_\_\_\_\_

Incaricato \_\_\_\_\_

Ritirato:

- Personalmente  
 Su delega Delegato \_\_\_\_\_

Estremi doc. identità \_\_\_\_\_