

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

**OGGETTO: RICHIESTA CREDENZIALI DI ACCESSO AL SISTEMA TS**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ con la presente

**CHIEDE**

il rilascio di cui all'oggetto e, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**dichiara**

di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo Medici Chirurghi di Venezia al n. \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo Odontoiatri di Venezia al n. \_\_\_\_\_

Per l'esercizio della propria attività di

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A tal fine allega copia del documento di identità.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_