

Spazio per marca
da bollo da EUR 16,00

Spett.le **MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**
Direzione Generale della tutela delle condizioni di lavoro e delle relazioni industriali
Divisione III
Via Forno 8, 00192 - ROMA

DOMANDA PER L'ISCRIZIONE NELL' ELENCO DEI MEDICI AUTORIZZATI

Il/la sottoscritt _____
nat ___ a _____ Il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Domiciliat ___ a _____ CAP _____ Via _____ n. _____

essendo stat ___ dichiarat ___ abilitat ___ dalla Commissione di esame istituita ai sensi del D.Lgs.
230/95 e s.m.i., all. V punto 4

CHIEDE

di essere iscritt ___ nell'elenco nominativo dei medici autorizzati.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere cittadin ___ italian ___ altro (specificare) _____
2. di godere dei diritti politici e di non essere stato interdett ___.

_____, Li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Si allega:

- Fotocopia codice fiscale
- Attestazione del versamento della relativa tassa di concessione governativa di 168,00EUR - c/c 8003 - intestato all'Agenzia delle Entrate - tasse cc.gg. Pescara