

MOD. 6 (N.O. carta intestata – presidi)

Ill.mo Sig. Presidente
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
della PROVINCIA DI **SAVONA**

OGGETTO: Richiesta Nulla Osta ai sensi della L. 5/2/92, n. 175 e del D. 16/6/94, n. 657 e dell' art. 3 L. 42/1999

Il sottoscritto.....
Codice Fiscale..... nato a
il residente in
Via Tel.
in qualità di legale rappresentante del Presidio Sanitario denominato
.....
sito in
autorizzato da con delibera

CHIEDE l'autorizzazione del seguente testo:

a mezzo:

- carta intestata
- ricettario
- biglietti da visita
- timbro

Allega la seguente documentazione comprovante i titoli citati
.....
.....
.....

N.B. È obbligatorio che su carta intestata, ricettario, timbro e biglietti da visita compaia il nome del Direttore Sanitario.

Data

Firma