

Richiesta codice IUV

**All'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi**

e degli Odontoiatri di Siracusa

info@ordinedeimedicsr.it

i/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

il rilascio del codice IUV identificativo per il pagamento della tassa di prima iscrizione
e tassa per l'anno in corso.

DICHIARA

di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

di essere residente a _____ prov. _____ cap _____

Data _____ Firma _____