

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI SALERNO

I sottoscritti

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

CANDIDATI ALL'INTERNO DELLA LISTA DENOMINATA _____

DELEGANO

il candidato

Dott. _____ nat_ a _____ il __/__/____
residente in _____ via _____ codice fiscale _____

al deposito della suddetta lista presso l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Salerno.

Si allegano copie dei rispettivi documenti di identità.

Firme per esteso e leggibili:

Dott.

Dott.

Dott.

Dott.

Dott.

Dott.

Dott.

Dott.

Dott.

Dott.

Dott.

Dott.

Dott.

Dott.