



ORDINE DEI MEDICI VETERINARI
PROVINCIA DI BARI

Marca da bollo

€ 16,00

Nota 1

Spett.le

ORDINE dei MEDICI VETERINARI di BARI

Via Napoleone Colajanni, 2 - 70125 Bari (BA)

RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Cap _____

Via _____ n. _____

Tel. N. _____ e-mail _____

PEC _____

Codice Fiscale _____

Iscritto/a all'Albo dei Medici Veterinari di BARI al n. _____ dal _____

CHIEDE

il rilascio di n. ____ Certificato/i di Iscrizione all'Albo professionale dei Medici Veterinari di BARI in carta legale per gli usi consentiti dalla legge.

NOTE: (1) APPLICARE UNA MARCA DA BOLLO SULLA RICHIESTA.

AL RITIRO CONSEGNARE TANTE MARCHE QUANTI SONO I CERTIFICATI RICHIESTI.

Con osservanza

Luogo e data

(Firma Leggibile)

Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi