

ALL' ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BENEVENTO

info@ordinemedicibenevento.it

segreteria.bn@pec.omceo.it

RICHIESTA ATTESTAZIONE CREDITI FORMATIVI TRIENNIO/I.

Il/La sottoscritto/a Nato/a a
..... prov..... il residente in
..... prov.....

Piazza/Via..... Codice Fiscale..... iscritto
all'OMCeO di Benevento , Albo.....al n. dal
.....

CHIEDE

il rilascio di n. ATTESTAZIONI dei crediti formativi per il/i triennio/i:

1)..... 3)..... 2).....

Firma _____