

Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
avendo presentato all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna domanda di  
reiscrizione all'Albo dei/degli .....

Dichiara di optare per la reiscrizione :

- SENZA SOLUZIONE DI CONTINUITA': (pagando all'Enpam tutti i versamenti relativi alla quota A per il periodo di cancellazione dall'Albo)
  
- CON SOLUZIONE DI CONTINUITA': (senza pagare all'Enpam tutti i versamenti relativi alla quota A per il periodo di cancellazione dall'Albo).

In fede.

Data .....

Firma: .....

-----  
Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

L' identità personale è stata accertata a mezzo \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ - Firma del legalizzante \_\_\_\_\_  
(qualifica professionale C1 / B 2 )