

Il /la sottoscritt__ Dott._____

Nata a _____ il _____

RICHIEDE

All'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ravenna, in qualità di iscritta all'Albo dei _____ di tale provincia, l'abilitazione ai servizi on-line e il rilascio delle credenziali di accesso per poter svolgere la funzione di medico certificatore di malattia .

Nel caso in cui non riesca a presentarmi di persona per il ritiro della busta contenente le suddette credenziali, autorizzo la Segreteria dell'Ordine all'invio del documento via E-mail, assumendome tutte le responsabilità.

In fede

Data _____

Firma_____