

- COLLABORATORE STUDIO ODONTOIATRICO -

SEGNALAZIONE ATTIVITÀ

Spett.le
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
della Provincia di SAVONA

Il sottoscritto Dott.

nato a il

Codice Fiscale

residente in

.....

iscritto all'Albo Medici Chirurghi al N.

 Odontoiatri al N.

della Provincia di

DICHIARA

di esercitare l'attività odontoiatrica come **COLLABORATORE** presso:

.....
.....
.....

con il seguente orario

.....
.....

Data

FIRMA