

All'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della Provincia  
di **SAVONA**

**RICHIESTA CONSULTAZIONE ALBO**

Io sottoscritto .....

nato a ..... il .....

residente a ..... documento n. ....

avendo un interesse giuridicamente rilevante all'accesso ai dati personali di cui all'art. 3 del DPR  
221/50

**CHIEDO**

di essere autorizzato alla visura dell'Albo relativamente al dr./ ai dott.ri .....

.....

.....

DATA

FIRMA

---

**A CURA DELL'ORDINE**

Vista la richiesta si autorizza, ai sensi della legge 241/90, la visura dell'Albo.

DATA

IL SEGRETARIO