Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pesaro e Urbino

ALL' ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PESARO- URBINO

Oggetto: Dimissioni da Incarico di Direttore Sanitario

Io sottoscritto
Nato a il
Residente in
Laureato in
Iscritto all'Albo dei Medici / Odontoiatri *(cancellare la dicitura che non interessa)*
Della Provincia di
Al n°

C O M U N I C A

ai sensi dell'Art.69 del Codice di Deontologia Medica
a codesto Ordine di dimettersi dall'incarico di Direttore Sanitario
della Struttura Privata denominata
Sita nel Territorio di codesta Provincia
In

Comunico altresì che a sostituirmi nell'Incarico di Direttore Sanitario sarà
il/la Dr./Dr.ssa
Iscritta all'Albo dei Medici/ Odontoiatri *(cancellare la dicitura che non interessa)*
Della Provincia di
Al n°.

IN FEDE
(timbro e firma)

Pesaro, li

61121 Pesaro – Galleria Roma Sc. D - Tel. 0721/30133-34311