

DA INVIARE OBBLIGATORIAMENTE DALLA PROPRIA PEC PERSONALE

All'Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri della provincia
di Pesaro-Urbino

segreteria.pu@pec.omceo.it

OGGETTO: Rilascio credenziali Sistema TS

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

Iscritto/a a codesto Ordine, residente a

via

telefono Codice Fiscale

PEC

Dichiara di

- NON ESSERE CONVENZIONATO CON IL SISTEMA SANITARIO;
- DI NON ESSERE DIPENDENTE DI ALCUNA STRUTTURA PREPOSTA AL RILASCIO DEL PIN

CHIEDE

a codesto Ordine il rilascio delle credenziali per il Sistema TS

Il richiedente

.....

Data

Si allega: copia documento di identità in corso di validità

**Le credenziali vanno cambiate al primo accesso, sono personali e non hanno scadenza.
Conservare in luogo sicuro.**