



**Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Modena**

p.le Boschetti, 8 - 41100 Modena - CP 380 Modena Centro  
tel. 059 247711 - fax 059 247719  
e-mail: [ippocrate@ordinemedicimodena.it](mailto:ippocrate@ordinemedicimodena.it)

(marca da bollo)

**ALL' ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA  
P.le Boschetti, 8 - 41100 MODENA**

Il sottoscritto Dr.....

**Direttore Sanitario** della struttura: .....

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

residente a ..... Prov. ....

in via ..... N. ....

Tel. .... e.mail: .....

Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di .....

All'Albo: [ ] Medici Chirurghi [ ] Odontoiatri

Struttura sanitaria: .....

sita a ..... in via .....

codice fiscale e/o partita IVA .....

Tel. .... e.mail: .....

Sito web .....

