



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Modena

p.le Boschetti, 8 - 41121 Modena - CP 380 Modena Centro  
tel. 059 247711 - fax 059 247719  
e-mail: [ippocrate@ordinemedicimodena.it](mailto:ippocrate@ordinemedicimodena.it)

ALLEGATO 2)

Io sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Richiedo all'Ordine dei medici di Modena il rilascio delle credenziali di accesso al Sistema Tessera Sanitaria

Dichiaro di svolgere la seguente attività professionale :

- solo attività libero professionale
- Specialista ambulatoriale con attività libero professionale extra Convenzione
- Pediatra di libera scelta con attività libero professionale extra Convenzione
- Dipendente di struttura privata con attività libero professionale
- Altro *(si precisa che i dipendenti delle strutture pubbliche di Modena (AUSL, Policlinico, Università) che svolgono libera professione extramoenia si dovranno rivolgere alle Aziende di appartenenza)*

\_\_\_\_\_

e richiedo che le suddette credenziali vengano inviate all'indirizzo mail

\_\_\_\_\_

In caso di necessità sono contattabile al seguente recapito telefonico \_\_\_\_\_

Modena, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ.

INVIARE LA RICHIESTA ALL'INDIRIZZO MAIL [ippocrate@ordinemedicimodena.it](mailto:ippocrate@ordinemedicimodena.it)