

All'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Novara  
Via Torelli, 31/A  
28100 NOVARA  
TEL 0321/410130  
FAX 0321/410068  
e-mail:  
ordinemediciodontoiatrinovara@gmail.com

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Ordine di \_\_\_\_\_ al N° \_\_\_\_\_ ,

residente a \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

con la presente chiede il rilascio del Codice PIN quale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Allegato: copia documento di identità.**