

**FAC –SIMILE DOMANDA DI DOPPIA ISCRIZIONE**

**Marca da  
bollo 14,62**

**Belluno,**

Al Signor Presidente dell'Ordine dei  
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
Viale Europa 34  
32100 BELLUNO

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_,  
regolarmente iscritto all'Albo Professionale \_\_\_\_\_  
di Belluno dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto all'Albo \_\_\_\_\_  
della Provincia mantenendo anche l'iscrizione all'Albo \_\_\_\_\_

Distinti saluti.

**FIRMA AUTENTICATA**

\_\_\_\_\_

carta d'identità n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

**ALLEGA RICEVUTA DI VERSAMENTO DI € 168,00 SUL C/C POSTALE  
N. 8003 PER TASSA DI CONCESSIONE GOVERNATIVA**