

SPETT.LE  
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI MESSINA

I sottoscritti

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

CANDIDATI ALL'INTERNO DELLA LISTA DENOMINATA \_\_\_\_\_

DELEGANO

il candidato

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

al deposito della suddetta lista presso l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina.

Si allegano copie dei rispettivi documenti di identità.

Firme per esteso e leggibili:

\_\_\_\_\_  
Dott. ....

\_\_\_\_\_  
Dott. ....

\_\_\_\_\_  
Dott. ....

\_\_\_\_\_  
Dott. ....

\_\_\_\_\_  
Dott. ....

\_\_\_\_\_  
Dott. ....

\_\_\_\_\_  
Dott. ....

\_\_\_\_\_  
Dott. ....

\_\_\_\_\_  
Dott. ....

\_\_\_\_\_  
Dott. ....

\_\_\_\_\_  
Dott. ....

\_\_\_\_\_  
Dott. ....

\_\_\_\_\_  
Dott. ....

\_\_\_\_\_  
Dott. ....