

All'Ordine delle Professioni Infermieristiche
di Potenza

Il sottoscritt

nat a

il

residente a

cap

indirizzo

tel

iscritt a questo Ordine all'Albo degli:

dal

n.

CHIEDE

il duplicato della tessera di riconoscimento, rilasciata dall'Ordine al momento dell'iscrizione, in quanto la stessa è stata:

Potenza, lì

Firma _____

Alla presente allega:

1. nr.due fotografie formato tessera
2. fotocopia della denuncia di furto o smarrimento all'autorità competente