



**RICHIESTA CERTIFICATI**

Imposta di bollo assolta in modo virtuale – Autorizzazione della Direzione Regionale delle Entrate per la Lombardia Prot. N°  
2014/136508 del 9/12/2014

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome.....	Nome.....
Nato a .....	il .....
Cittadinanza .....	Codice Fiscale .....
Residente a .....	CAP .....
Via/Piazza.....	n. .... tel .....
Domiciliato a .....	CAP .....
Via/Piazza.....	n. .... tel .....
<b>E mail</b> .....	

**Chiede il rilascio del certificato di abilitazione**

**PROFESSIONE: Medico Chirurgo/ Odontoiatra (sottolineare la scelta)**

**SESSIONE ..... ANNO .....**

- con invio via email
- mediante spedizione a mezzo posta (raccomandata A/R), sollevando l'Università degli Studi dell'Insubria da ogni responsabilità in caso di mancato recapito.

A tal fine allega:

- copia documento d'identità;
- Attestazione del versamento dei costi di spedizione tramite bonifico bancario ordinario pari a € 5.00 per la spedizione in Italia oppure a € 8,00 per la spedizione all'estero.

Varese, .....

Firma.....