

La presente richiesta potrà essere inviata tramite posta, fax (0644234665) oppure e-mail ([protocollo@pec.omceoroma.it](mailto:protocollo@pec.omceoroma.it)), allegando copia di un documento di riconoscimento.

Spett.le  
**Ordine Prov.le di Roma dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri**  
Via G.B. De Rossi, 9  
00161 ROMA

c.a. Ufficio Contributi

**Oggetto: richiesta attestazione pagamento tassa ordinistica anno \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

iscrizione Albo Medici n. \_\_\_\_\_ Albo Odontoiatri n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'attestazione di avvenuto pagamento della tassa di iscrizione all'Ordine per l'anno \_\_\_\_\_

Desidera ricevere la risposta tramite:

e-mail / PEC \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_

posta \_\_\_\_\_

Roma,

In fede