



All'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Potenza

OPI

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