



Unità gestione carriere specializzandi

*Al Magnifico Rettore
dell'Università di Foggia
Via Gramsci 89/91
71122 – FOGGIA*

Imposta di bollo assolta in modo virtuale
(Autorizzazione Agenzia Entrate Dir. Prov. di Foggia
Prot. n. 2012/25432 del 08/03/2012)

RICHIESTA CERTIFICATO SOSTITUTIVO DI ABILITAZIONE

_____ sottoscritt _____ ;

nat ____ a _____ (prov. _____) il _____ ;

e residente in _____ (prov. _____)

alla via _____ n. _____,

email _____

numero di telefono/cellulare _____

abilitat __ all'esercizio della libera professione di:

Medico chirurgo (tirocinio post laurea) Medico chirurgo (tirocinio pre laurea)

Odontoiatria

nella I o II sessione dell'anno _____ presso codesta Università,

CHIEDE

il rilascio del certificato sostitutivo di abilitazione.

E' consapevole che al momento del rilascio del certificato dovrà corrispondere un'ulteriore imposta di bollo di € 16,00.

Foggia, _____

Con osservanza

Il certificato sostitutivo di abilitazione dovrà essere restituito al momento della consegna del Diploma di abilitazione.
N.B.: Per richiedere il certificato sostitutivo è necessario assolvere preventivamente gli adempimenti relativi al Diploma di abilitazione (pergamena)