

RICHIESTA EMISSIONE PAGOPA

All'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Mantova

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

residente a _____ Prov. (____)

Via/Viale/Piazza _____ n° _____

Recapito telefonico _____

CHIEDE

il rilascio del modulo PagoPa

(barrare la relativa casella)

Nuova iscrizione all'Albo Infermieri/Infermieri Pediatrici

Altro (specificare) _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA'

Data _____

Firma _____