



**Al Dott. Antonello Santoro**  
**Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi**  
**e degli Odontoiatri di Alessandria**

**pec: ordinemedical@postacert.com**  
**e-mail: omceo@ordinemedici.al.it**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_\_ Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_  
(indicare residenza o luogo di lavoro al fine della suddivisione per sede vaccinale)

Cittadinanza \_\_\_\_\_

con la presente comunica all'Ordine che intende sottoporsi alla vaccinazione Covid-19.

Cordiali saluti.

Firma

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_