

Spett.

**COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI  
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI**

Via Valentina Zambra, 16  
38100 TRENTO

Data,.....

OGGETTO: Adesione all'Assistenza indiretta Legge provinciale n. 22 del 12 dicembre 2007.

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a.....il.....

iscritto all'Albo degli Odontoiatri della Provincia di Trento al n. ...., titolare dello Studio/Ambulatorio Odontoiatrico regolarmente autorizzato all'esercizio di attività sanitaria ubicato

in (località) .....via.....n. ....

tel. ....cell.....e-mail.....

se titolare di più di uno Studio

in (località) .....via.....n. ....

in (località) .....via.....n. ....

si rende disponibile ad erogare prestazioni odontoiatriche in Assistenza Indiretta presso il proprio Studio/Ambulatorio nell'ambito della Legge provinciale n. 22 del 12 dicembre 2007.

A tal fine dichiaro di aver letto ed approvato le Linee guida per l'individuazione delle modalità tecnico-sanitarie d'erogazione dell'Assistenza odontoiatrica in Provincia di Trento approvate dal Comitato del Dipartimento di Odontostomatologia per l'anno 2008.

In Fede

.....