

Spettabile  
**COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI  
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TRENTO**  
Via Valentina Zambra 16  
38121 TRENTO

Data, .....

Oggetto: Adesione all'Assistenza Indiretta Legge provinciale n. 22 del 12 dicembre 2007

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a ..... il .....  
iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri della provincia di ..... al n. ....  
titolare dello Studio/Ambulatorio Odontoiatrico regolarmente autorizzato all'esercizio di attività  
sanitaria con data e numero autorizzazione .....  
rilasciata da .....  
denominato ..... e ubicato  
in (località) ..... via ..... n. ....  
tel. .... cell. .... e-mail ..... pec .....

se titolare di più di uno Studio:

in (località) ..... via ..... n. ....  
tel. .... cell. .... e-mail ..... pec .....  
in (località) ..... via ..... n. ....  
tel. .... cell. .... e-mail ..... pec .....

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

.....