

**OGGETTO:** rilascio credenziali sistema TS

**All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri di Pisa**

Via Battelli, 5 - 56127 Pisa

Tel. 050.579714 - Fax 050.7912044

email: [segreteria@omceopi.org](mailto:segreteria@omceopi.org)

PEC: [segreteria.pi@pec.omceo.it](mailto:segreteria.pi@pec.omceo.it)

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

iscritto/a a codesto Ordine, residente a

Indirizzo e n. civico

Telefono

email

PEC

con la presente chiede il rilascio delle credenziali per l'accesso al sistema TS.

Luogo e data

Il richiedente

---

**Allegato: copia documento di identità.**