



Più valore alla professione

**FONDAZIONE
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI CATANIA**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____,
residente a _____
in _____
C.F. _____, quale genitore di
_____ nato/a _____
il _____ C.F. _____, iscritto
al “ Corso Ippocrate _____ ” s’impegna al pagamento del relativo
saldo, pari ad € _____, secondo il seguente calendario:

- € _____ entro il _____;
- € _____ entro il _____;
- € _____ entro il _____;
- € _____ entro il _____.

Luogo e data

Firma

Si allega copia del documento di riconoscimento