

*Commissione Centrale
per gli Esercenti le Professioni Sanitarie*

All'Ufficio di Segreteria CCEPS
c/o Ministero della salute
via Giorgio Ribotta, 5,
00144 Roma

OGGETTO: TRASMISSIONE MARCHE DA BOLLO RICORSO CCEPS

**APPORRE
MARCA DA BOLLO**

Il/la sottoscritto/a

in qualità di

Deposita n.....marche da bollo di € 16,00 relative al fascicolo del ricorso presentato da

.....
c/ Ordine della Provincia di

Estremi documento identità (da allegare in copia scannerizzata)

.....
Estremi documento identità dell'eventuale delegato (da allegare in copia scannerizzata)

.....
Tel. / Cell.:

Posta Elettronica Certificata (PEC)

Data Firma

NOTA: originale della marca da bollo da € 16,00 nella misura di una ogni quattro facciate del ricorso (sezione « Trasmissione marca da bollo ricorso CCEPS»).

Per ogni ulteriore informazione, è possibile contattare l'Ufficio al seguente indirizzo e-mail:
cceps@postacert.sanita.it