



Richiesta Rilascio Credenziali per il Collegamento alla Piattaforma Informatica SANI.A.R.P.

Il/la sottoscritto/a _____

(titolo, cognome, nome)

CHIEDE

il rilascio delle credenziali per IL COLLEGAMENTO alla piattaforma informatica **SANI.A.R.P.**

con il **RUOLO** di **PRESCRITTORE**

per la **PROCEDURA** del **MODELLO UNICO**

Specificare :

Pht Fascia H Fascia A

Pertanto rilascia le seguenti informazioni:

Centro Prescrittore : _____

E-mail : _____

Telefono : ____/____

Codice Iscrizione Ordine Professionale : _____

Data

__/__/__

Firma

(Si prega scrivere in stampatello)

E' obbligatorio allegare un documento di riconoscimento in corso di validità.