RACCOMANDATA A.R.
Con la presente il/la sottoscritto/a Dott, nato/a a
, residente a(CAP
, via) via presso la
Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di
l, abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella ( 1° o 2°
sessione) degli esami di Stato dell'anno, iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Genova dal
SOLLEVA OBIEZIONE DI COSCIENZA
ai sensi dell'art. 9 della legge 22 maggio 1978 n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e
sull'interruzione volontaria della gravidanza".
In fede
(Dr)
Genova,

e p. c.

Al Presidente

INT 4

dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

PIAZZA DELLA VITTORIA 12 16121 GENOVA GE

Alla cortese attenzione del