



OPI
MI-LO-MB

**MODULO RICHIESTA
PARERE**
da inviare dal proprio
indirizzo PEC a:
opimilomb@cert.ordine-opi.it

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Cognome e Nome			
Cellulare		e-mail:	
Altro Recapito telefonico		e-mail:	
N. iscrizione all'Ordine		OPI di appartenenza MILANO-LODI-MONZA E BRIANZA altro OPI _____ (indicare il collegio di appartenenza)	
Tipologia del rapporto di lavoro	dipendente di struttura dipendente di struttura privata	socio di cooperativa libero professionista altro	
Datore di lavoro			
Reparto			
CCNL applicato nella propria struttura	CCNL sanità pubblica CCNL sanità privata (AIOP, ARIS ,etc)	Altri CCNL specificare	
Oggetto del parere			
Descrizione			