



OPI  
MI-LO-MB

**MODULO RICHIESTA  
PARERE**

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

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