

RICHIESTA DI BADGE MAGNETICO

(Legge Regione Lazio n. 23 del 27.04.1993)



[Timbro Ordine]

__I__ sottoscritt__ Dott. __ _____

Iscritto nell'Albo
dei Medici-Chirurghi con posiz. n _____
degli Odontoiatri con posiz. n _____

CHIEDE

- il rilascio del **PRIMO** Badge Magnetico
- il rilascio del **DUPLICATO** * del Badge Magnetico a causa di **FURTO** (*allega fotocopia dell'avvenuta denuncia*)
- il rilascio del **DUPLICATO** * del Badge Magnetico, consapevole della sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità di non essere più in possesso del badge
 - per **DETERIORAMENTO**
 - a causa di **SMARRIMENTO**

ALLEGA

- n. 1 **FOTO** a COLORI, **Formato Tessera** (in jpg) e **DOCUMENTO d'Identità valido** (*se la richiesta viene inviata telematicamente*)
- n. 2 **FOTO** a COLORI identiche, **Formato Tessera** (*se la richiesta viene consegnata a mano*)

PER IL RITIRO DEL BADGE CHIEDE DI ESSERE AVVISATO AI RECAPITI TELEFONICI DI SEGUITO INDICATI:

TEL. _____ CELL. _____

- DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI** di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 – GDPR sul **TRATTAMENTO DEI DATI**, visionabile anche al seguente Link:
https://www1.ordinemediciroma.it/images/Modulistica/Protezione_dei_Dati/Privacy_Policy_OMCEO_novembre_2022.pdf

* L'importo da versare per il Duplicato del Badge è di € 5,00, da corrispondere, al momento del ritiro, in contanti o con Carta di Pagamento

Data _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ho accertato l'identità del dichiarante mediante il documento

N..... rilasciato da il

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del Sig.
(TIMBRO E FIRMA DEL FUNZIONARIO ADDETTO)

Ricevuta contabile n. _____ del _____

BADGE consegnato da _____ il _____ Firma per ricevuta _____
(TIMBRO E FIRMA DEL FUNZIONARIO ADDETTO)