

RICHIESTA DI

DUPLICATO CONTRASSEGNO AUTO

DA UTILIZZARE NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.^{ssa} _____

iscritto/a nell'Albo dei Medici-Chirurghi con Posizione Numero _____
 degli Odontoiatri _____

CHIEDE il rilascio di un **CONTRASSEGNO**, riportante le **TARGHE** sotto indicate poiché il precedente
N. _____ gli è stato **SOTTRATTO** (*allega copia denuncia di furto*)

OPPURE

DICHIARA ai sensi dell' Art. 47 D.P.R. N. 445/2000 di **NON ESSERE** più in **POSSESSO** del:

CONTRASSEGNO N. _____ RILASCIATO il _____

per **DETERIORAMENTO**;

a causa di **SMARRIMENTO**;

CHIEDE, pertanto, il rilascio di un **NUOVO CONTRASSEGNO**, riportante le **TARGHE** di seguito indicate:

1) _____ 2) _____ 3) _____
(N.B.: I VEICOLI NON DEVONO ESSERE NECESSARIAMENTE INTESTATI AL SANITARIO)

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_febbraio_2021.pdf

Data _____

Firma _____

DELEGA

Il Dott. / La Dott.^{ssa} _____ **DELEGA** il Sig./la Sig.^{ra} _____
al RITIRO, per suo conto, del suddetto CONTRASSEGNO (*Allegare copia del Documento d'Identità del Delegante*).

FIRMA DEL SANITARIO _____

Si attesta l'identità del delegato mediante documento _____
rilasciato da _____ n. _____ il _____

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE:

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO
La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:
Sig./Sig.^{ra} _____
(*Timbro e firma del funzionario*)

CONSEGNATO IL CONTRASSEGNO N. _____

FIRMA PER RICEVUTA DEL CONTRASSEGNO _____

INVIO PER POSTA/E-MAIL/FAX/DELEGA: allegare **COPIA** non autenticata di un **DOCUMENTO D'IDENTITÀ**, ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000 (*non necessaria* in caso di invio a mezzo **PEC**).

/rc