

ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

**RICHIESTA DI
CONSERVAZIONE DELL'ISCRIZIONE
PER GLI ISCRITTI RESIDENTI ALL'ESTERO**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA – Art. 46 e Art. 47 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

nato/a _____ il _____ residente in _____

Stato _____ Via _____

PL/SC/INT _____ C.A.P. _____ Tel. _____

Cell. _____ E mail _____

Iscritto/a nell'Albo _____ dei Medici-Chirurghi
degli Odontoiatri con posizione numero { _____

CHIEDE,

ai sensi dell'Art. 5, comma 5, Capo II del D.Lgs. C.P.S. 13.09.1946, n. 233 e s.m.i.,
di **CONSERVARE L'ISCRIZIONE** presso codesto Ordine Provinciale.

Desidera ricevere la **CORRISPONDENZA** presso:

LA RESIDENZA

IL RECAPITO DI SEGUITO INDICATO:

COMUNE _____

STATO _____

VIA _____ N. _____ SC./PAL./INT. _____

C.A.P. _____ PRESSO _____

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE;

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

Data _____ Firma _____

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)

Rilasciata **RICEVUTA** N. _____ del _____

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**).