

ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S.13/09/1946 n. 233) Via G.B. De Rossi, 9 00161 ROMA Tel. 06/4417121 (8 linee r. a.) - Fax 06/44234665

RICHIESTA DI BADGE MAGNETICO CON LEGALIZZAZIONE DELLA FOTO (Legge Regione Lazio n. 23 del 27.04.1993)

[_____]
I sottoscritt Dott. _____
dei Medici-Chirurghi con posiz. n _____
Iscritto nell'Albo
degli Odontoiatri con posiz. n _____
Foto
[Timbro Ordine]

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. 2 foto identiche a colori formato tessera.

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

TEL. _____ CELL. _____

Data _____ Firma _____

***NON È CONSENTITO IL RITIRO PER DELEGA**

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 _____

Il funzionario Sig. _____ ha telefonato al sanitario in data _____ per ritiro badge
(TIMBRO E FIRMA DEL FUNZIONARIO ADDETTO)

Il funzionario Sig. _____ ha telefonato al sanitario in data _____ per ritiro badge
(TIMBRO E FIRMA DEL FUNZIONARIO ADDETTO)

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