

**RICHIESTA di
DUPLICATO CONTRASSEGNO AUTO**

I sottoscritt_ Dott. _____

nat_ a _____ il _____ residente in _____

Via _____ c.a.p. _____ Tel. _____

cell. _____ e mail _____

iscritto nell'Albo _____ dei Medici-Chirurghi [] _____ con numero d'ordine < _____
degli Odontoiatri [] _____

CHIEDE il rilascio di un **CONTRASSEGNO** con l'indicazione delle seguenti TARGHE giacché 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**;

E IN SOSTITUZIONE **CHIEDE** IL RILASCIO DI UN **NUOVO CONTRASSEGNO** CON L'INDICAZIONE DELLE SEGUENTI TARGHE:

1) _____ 2) _____ 3) _____

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:

I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER LE RESIDENZE, I RECAPITI TELEFONICI E GLI INDIRIZZI E MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHÉ IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C.e O.

Data _____ Firma _____

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 _____

CONSEGNATO IL CONTRASSEGNO N.

FIRMA DEL SANITARIO PER RICEVUTA DEL CONTRASSEGNO _____