

RICHIESTA DI

**PRIMO CONTRASSEGNO AUTO**  
DA UTILIZZARE NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_

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

**CHIEDE** il rilascio del **PRIMO CONTRASSEGNO AUTO**, riportante le **TARGHE** di seguito indicate:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
(N.B.: I VEICOLI NON DEVONO ESSERE NECESSARIAMENTE INTESSTATI AL SANITARIO)

- DICHIARA DI NON AVERE MAI RICHIESTO IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO AUTO**
- 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](https://www1.ordinemediciroma.it/images/Modulistica/Protezione_dei_Dati/Privacy_Policy_OMCEO_febbraio_2021.pdf)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il Dott. / La Dott.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_ **DELEGA** il Sig./la Sig.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_  
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.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_  
(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**).