

RICHIESTA di
CONTRASSEGNO AUTO
DA UTILIZZARE NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE*

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

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

CHIEDE

- il rilascio di un contrassegno con l'indicazione delle targhe di seguito specificate:
- la sostituzione e/o l'aggiunta delle targhe come di seguito indicato**:

TARGHE DA REGISTRARE:

1) _____ 2) _____ 3) _____

TARGHE DA ELIMINARE:

1) _____ 2) _____ 3) _____

Data _____ Firma _____

*N.B.: NON È CONSENTITA LA RIPRODUZIONE DEL CONTRASSEGNO E NEL CASO DI RITIRO DELLO STESSO PER USO IMPROPRIO DA PARTE DELLA POLIZIA MUNICIPALE, NON È POSSIBILE LA SUA RESTITUZIONE

DELEGA	Il/La Dott./Dott. ^{ssa} DELEGA il/la Sig./Sig. ^{ra}
	al RITIRO, per suo conto, del suddetto CONTRASSEGNO.
	FIRMA DEL SANITARIO _____
	Si attesta l'identità del delegato mediante documento
	rilasciato da n. il

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE:

<input type="checkbox"/> CONSEGNA TO o MODIFICATO il CONTRASSEGNO N.
Sig./Sig. ^{ra} _____ (Timbro e firma del funzionario)

DA UTILIZZARE SOLO NEL CASO VENGA SUPERATO IL LIMITE DEI CAMBI TARGA CONSENTITI SULLO STESSO CONTRASSEGNO

<input type="checkbox"/> RILASCIATO NUOVO CONTRASSEGNO N.
Sig./Sig. ^{ra} _____ (Timbro e firma del funzionario)
Rilasciata RICEVUTA N.° _____ del _____

FIRMA per RICEVUTA del contrassegno e/o delle modifiche richieste _____

[] **INVIO x POSTA/Fax/e-mail ecc ... (Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)