

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI
FROSINONE**

**Richiesta di CONTRASSEGNO AUTO CON TARGA
DA UTILIZZARE NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE***

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

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Via _____ C.A.P. _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail _____

Iscritto nell'albo dei Medici Chirurghi di Frosinone con numero d'ordine _____

CHIEDE

- Il rilascio di N° _____ contrassegno/i con l'indicazione della/e sottoindicata/e targa/ghe _____
- Il rilascio di un contrassegno con l'indicazione della sottoindicata/e targa/ghe giacchè il precedente N° _____ mi è stato sottratto (**allega copia della denuncia di furto**)
- L'eliminazione del/i contrassegno/i N° _____ N° _____ N° _____
Perché _____

targhe da registrare:

1) _____ 2) _____ 3) _____

targhe da eliminare:

1) _____ 2) _____ 3) _____

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE:

I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITA' 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 NONCHE' IN QUELLO DELLA FNOMCco

Data _____

Firma _____

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

Il/la Dr./Dott.ssa _____ delega il/la Sig./ra _____
al ritiro, per suo conto, del suddetto contrassegno.

FIRMA DEL SANITARIO _____

Si attesta l'identità del delegato mediante documento _____ N° _____

Rilasciato da _____ il _____

Firma per ricevuta del/i contrassegno/i _____

Spazio riservato all'Ordine: è stato/sono stati consegnato/i il/i contrassegno/i

N° _____ N° _____ N° _____

data _____