**ALLE FORZE DELL’ORDINE E ALLA POLIZIA MUNICIPALE**

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

***CONTRASSEGNO AUTO PROVVISIORIO CON TARGA***

***VALIDO FINO AL 31 LUGLIO 2020 PER LO STATO DI EMERGENZA***

***DA UTILIZZARE ESCLUSIVAMENTE NELL’ESERCIZIO DELL’ATTIVITÀ PROFESSIONALE\****

Il/La sottoscritto/a /Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto nell’albo dei **Medici Chirurghi** di Frosinone con numero d’ordine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto nell’albo degli **Odontoiatri** di Frosinone con numero d’ordine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poiché l’OMCeO di Frosinone, causa Emergenza Covid, non è aperta al Pubblico

**ESPONE IN SOSTITUZIONE DEL CONTRASSEGNO IN METALLO**

**La presente autocertificazione, che avrà cura di trasmettere al proprio Ordine**

con l’indicazione della/e sotto indicata/e targa/targhe

**targhe da registrare: 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 FNOMCeO

**MODELLO TRASMESSO ALL’ORDINE IN DATA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

**MI IMPEGNO A SOSTITUIRE IL PRESENTE DOCUMENTO NON APPENA TERMINATA L’EPIDEMIA.**

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.**

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

**ATTENZIONE**

* **Il presente contrassegno emesso per lo stato di emergenza è provvisorio, pertanto i dati inerenti le targhe non saranno registrati nell’anagrafica personale.**
* La presente richiesta, debitamente **compilata esclusivamente in formato digitale** e firmata, dovrà essere inviata al seguente indirizzo PEC: [**protocollopec.fr@pec.omceo.it**](mailto:protocollopec.fr@pec.omceo.it)**,** tramite Posta Elettronica Certificata, con allegata copia del documento d’identità (ai sensi dell’art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000).
* Ufficio a cui trasmette richiesta di conferma dati autocertificati:
* OMCeO Frosinone, via Fosse Ardeatine, 101 – 03100 Frosinone
* Fax 0775853163
* Email: [info@ordinemedicifrosinone.it](mailto:info@ordinemedicifrosinone.it)
* Pec: [protocollopec.fr@pec.omceo.it](mailto:protocollopec.fr@pec.omceo.it)
* Albo on-line: [www.ordinemedicifrosinone.it](http://www.ordinemedicifrosinone.it) – Albo