

**ALLE FORZE DELL'ORDINE E ALLA POLIZIA MUNICIPALE
ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE**

**CONTRASSEGNO AUTO PROVVISORIO 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 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 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, 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
- Pec: protocollopec.fr@pec.omceo.it
- Albo on-line: www.ordinemedicifrosinone.it – Albo