

Al Presidente dell'Ordine
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Sassari

**Oggetto: richiesta di credenziali per l'accesso alla casella di posta elettronica certificata
(P.E.C.)**

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, iscritto/a all'Albo _____
al numero _____, chiede che gli Uffici dell'Ordine provvedano all'attivazione e/o alla
consegna delle credenziali della casella di posta elettronica certificata a seguito di:

- smarrimento della busta cieca consegnata dall'Ordine e contenente i dati dell'attivazione della stessa;
- smarrimento delle credenziali di accesso;
- mancata attivazione della stessa.

L'indirizzo di posta elettronica a cui inviare le credenziali di accesso è:

Sassari, _____

Firma _____