

RICHIESTA DI TESSERINO MAGNETICO DI RICONOSCIMENTO

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Sassari

*consegna a mano**

Oggetto: richiesta di tesserino magnetico di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____

il _____ codice fiscale _____

residente a _____

via _____ n. _____

c.a.p. _____ tel. _____ cell. _____

e-mail _____ PEC _____

iscritto all'Albo Medici Chirurghi di Codesto Ordine al numero _____

iscritto all'Albo Odontoiatri di Codesto Ordine al numero _____

CHIEDE

il rilascio del tesserino magnetico di riconoscimento ed allega:

- 1) N. 2 fotografie, uguali e recenti, in formato tessera;
- 2) Copia del documento di identità.

Il/La sottoscritto/a _____, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR)**, dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa.

Sassari, _____

Firma _____

*N.B. La presente richiesta deve essere presentata a mano esclusivamente a cura del richiedente al fine di consentire la legalizzazione delle fotografie effettuata dal personale dell'Ordine ai sensi dell'art. 34 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000.

MM/rm