

COMUNICAZIONE VARIAZIONI P.E.C.

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia di Sassari
Via Cavour 71/b
07100 Sassari
ordine@omceoss.org
ordine.ss@pec.omceo.it

Oggetto: comunicazione variazione casella di posta elettronica certificata (P.E.C.)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, iscritto/a all'Albo _____
al numero _____, indirizzo e-mail* a cui inviare la comunicazione della variazione della casella PEC:

(* NB: l'indirizzo di posta elettronica certificata deve essere indirizzo personale del sanitario)

chiede che gli Uffici dell'Ordine provvedano:

- ☐ Alla chiusura della casella PEC con dominio ([@ss.omceo.it](mailto:ordine.ss@pec.omceo.it)): _____
al/alla sottoscritto/a intestata e registrata presso l'INIPEC e al REGINDE;
- ☐ Alla cancellazione della registrazione della casella PEC: _____
dalla scheda anagrafica al/alla sottoscritto/a intestata e registrata presso l'INIPEC e al REGINDE;
- ☐ All'apertura della casella PEC con dominio ([@ss.omceo.it](mailto:ordine.ss@pec.omceo.it)) da intestare al/alla sottoscritto/a, alla
registrazione e alla conseguente comunicazione all'INIPEC e al REGINDE;
- ☐ Alla registrazione della nuova casella PEC: _____
dal/dalla sottoscritto/a autonomamente attivata e alla conseguente comunicazione all'INIPEC e al
REGINDE.

Il/La _____,
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. Alla dichiarazione presentata, da persona diversa dal richiedente o tramite posta, fax e posta elettronica deve essere allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.