

RICHIESTA CREDENZIALI SISTEMA TESSERA SANITARIA

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

Oggetto: Richiesta credenziali per l'accesso al sistema Tessera Sanitaria e contestuale dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (Artt. 47 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____

codice fiscale _____

iscritto all'Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari,

☐ all'Albo Medici Chirurghi al n. _____ ☐ all'Albo Odontoiatri al n. _____

in qualità di

- ☐ Libero professionista
- ☐ Medico di medicina generale
- ☐ Pediatra di libera scelta
- ☐ Specialista ambulatoriale del Servizio Sanitario Nazionale
- ☐ Medico in quiescenza iscritto all'Albo
- ☐ Medico in servizio presso strutture private accreditate

CHIEDE

a Codesto rispettabile Ordine il rilascio delle credenziali di accesso al Sistema Tessera Sanitaria

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 del D.P.R. 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

*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, li _____

Firma _____

Per ricevuta

Data _____

Firma _____