

RICHIESTA NOMINA TERZO ARBITRO

NELLA DOMANDA* DEBBONO ESSERE INDICATI I SEGUENTI ELEMENTI:

- NUMERO E DATA DEL SINISTRO
- NUMERO DI POLIZZA
- INDIRIZZO DELLE PARTI
- NATURA DEL DANNO FISICO E/O PSICHICO
- NOMINATIVI DEI MEDICI DI PARTE
- NOMINATIVI EVENTUALI TERZI ARBITRI PROPOSTI E NON ACCETTATI

* N.B.: APPORRE sull'istanza N. 1 MARCA DA BOLLO da Euro 16,00

E' INOLTRE NECESSARIO ALLEGARE:

- N. 1 MARCA DA BOLLO DA EURO 16,00 (*necessaria per il rilascio dell'atto amministrativo consegnato dall'Ordine*)
- RICEVUTA VERSAMENTO DI EURO 23,24 TRAMITE BONIFICO BANCARIO INTESTATO A
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
BANCA POPOLARE DEL LAZIO – VIA PO 164 – ROMA
IBAN: IT49I0510439499CC0430000445
- COPIA DELLE CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA, INCLUSE QUELLE CHE DEMANDANO
ALL'ORDINE LA NOMINA DEL TERZO ARBITRO.

NELL'ISTANZA DI NOMINA DOVRÀ ESSERE RIPORTATA LA SEGUENTE DICHIARAZIONE:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____
(*nome e cognome*)

nato/a _____ il _____

C.F. _____

preso atto dell'informativa al trattamento dei dati personali, consultabile al seguente [link INFORMATIVA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI ALL'ART. 13, REG. UE 2016/679 IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI](#), con la sottoscrizione del presente modulo dichiara il proprio consenso libero ed informato, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa, ai sensi del D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., come modificato da ultimo dal D.Lgs. n. 101/2018 e del Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679.

Luogo e data

FIRMA DEL DICHIARANTE
