

RICHIESTA DI BADGE MAGNETICO

(Legge Regione Lazio n. 23 del 27.04.1993)

MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

FOTO

I sottoscritt_ Dott. _____

Iscritto nell'Albo

dei Medici-Chirurghi ☐ con posiz. n. _____

degli Odontoiatri ☐ con posiz. n. _____

[Timbro Ordine]

CHIEDE

- ☐ il rilascio del **PRIMO** Badge Magnetico
- ☐ il rilascio del **DUPLICATO *** del Badge Magnetico a causa di **FURTO** (allega fotocopia dell'avvenuta denuncia)
- ☐ il rilascio del **DUPLICATO *** del Badge Magnetico, consapevole della sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità di non essere più in possesso del badge
- ☐ per **DETERIORAMENTO** ☐ a causa di **SMARRIMENTO**

ALLEGA

- ☐ n. 1 **FOTO** a COLORI, **Formato Tessera** (in jpg) e **DOCUMENTO d'Identità valido** (se la richiesta viene inviata telematicamente)
- ☐ n. 2 **FOTO** a COLORI identiche, **Formato Tessera** (se la richiesta viene consegnata a mano)

PER IL RITIRO DEL BADGE CHIEDE DI ESSERE AVVISATO AI RECAPITI DI SEGUITO INDICATI:

PEC / e-mail _____ CELL. _____

☐ DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 – GDPR sul TRATTAMENTO DEI DATI, visionabile anche al seguente Link: [INFORMATIVA AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE](#)

* L'importo da versare per il Duplicato del Badge è di € 5,00, da corrispondere, al momento del ritiro, in contanti o con Carta di Pagamento

Data _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ho accertato l'identità del dichiarante mediante il documento

N..... rilasciato da il

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del Sig.
(TIMBRO E FIRMA DEL FUNZIONARIO ADDETTO)

Ricevuta contabile n. _____ del _____

BADGE consegnato da _____ il _____ Firma per ricevuta _____
(TIMBRO E FIRMA DEL FUNZIONARIO ADDETTO)

segue **RICHIESTA DI
BADGE MAGNETICO**

MODALITA' di TRASMISSIONE del MODULO

- a mezzo **PEC**, all'indirizzo: protocollo@pec.omceoroma.it (allegando la *FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000*)
- a mezzo **E-MAIL**, all'indirizzo: info@ordinemediciroma.it (allegando la *FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000*)
- per **POSTA**, all'indirizzo: **Via G.B. De Rossi, 9 - 00161 ROMA** (allegando la *FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000*)
- a **MANO** in **SEDE**, accedendo preferibilmente PREVIO APPUNTAMENTO, da prendere Telefonicamente (Tel: 064417121) o sul Sito.