

RICHIESTA DI

**DUPLICATO CONTRASSEGNO AUTO**  
DA UTILIZZARE NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

(Art. 47 D.P.R. N. 445/2000)

**MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA**

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_

iscritto/a nell'Albo  dei Medici-Chirurghi  con Posizione Numero \_\_\_\_\_  
 degli Odontoiatri  \_\_\_\_\_

DICHIARA di NON ESSERE più in POSSESSO del CONTRASSEGNO N. \_\_\_\_\_ a causa di:

FURTO

DETERIORAMENTO

SMARRIMENTO

pertanto

CHIEDE il rilascio di un nuovo CONTRASSEGNO, riportante le TARGHE sotto indicate

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

(N.B.: I VEICOLI NON DEVONO ESSERE NECESSARIAMENTE INTESTATI AL SANITARIO)

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](#)

DICHIARA DI FORNIRE IL PROPRIO CONSENSO, LIBERO E INFORMATO, AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SECONDO LE MODALITA' E NEI LIMITI DI CUI ALL'INFORMATIVA AI SENSI DI CUI DELL'ART. 6, COMMA 1, LETT A DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679 DEL 2016 - GDPR

QUALORA I VEICOLI NON SIANO INTESTATI AL SANITARIO:

DICHIARA DI AVER ACQUISITO IL CONSENSO, LIBERO E INFORMATO, AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SECONDO LE MODALITA' E NEI LIMITI DI CUI ALL'INFORMATIVA AI SENSI DI CUI DELL'ART. 6, COMMA 1, LETT A DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679 DEL 2016 - GDPR DALL'INTESTATARIO DEL VEICOLO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il Dott. / La Dott.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_ DELEGA il Sig./la Sig.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_

al RITIRO, per suo conto, del suddetto CONTRASSEGNO (Allegare copia del Documento d'Identità del Delegante).

FIRMA DEL SANITARIO \_\_\_\_\_

Si attesta l'identità del delegato mediante documento \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE (Presentazione allo Sportello):**

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO  
La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:

Sig./Sig.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_  
(Timbro e firma del funzionario)

CONSEGNATO IL CONTRASSEGNO

N. \_\_\_\_\_

FIRMA PER RICEVUTA DEL CONTRASSEGNO \_\_\_\_\_

segue **DUPLICATO**  
**CONTRASSEGNO AUTO**

**MODALITA' di TRASMISSIONE del MODULO**

- a mezzo **PEC**, all'indirizzo: [protocollo@pec.omceoroma.it](mailto: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](mailto: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.