OMCeO Roma
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Ente pubblico non economico istituito ai sensi del D.Lgs.C.P.S 13 settembre 1946, n. 233

PROTOCOLLO

PERMESSO DI SOGGIORNO IN CORSO DI RINNOVO

_____MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA_____

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

_l_ sottoscritt_ Dott._ _____

nat_ a _____ il _____

residente in _____ Via_____cap. _____

PEC _____ cellulare _____ e mail _____

in possesso del **PERMESSO DI SOGGIORNO N.** _____

RILASCIATO in data _____ **SCADUTO** in data _____

FA PRESENTE

di averne **CHIESTO IL RINNOVO**, come previsto dalla normativa vigente.

*A riprova di quanto dichiarato **ALLEGA** alla presente:*

- ☐ ***FOTOCOPIA** della **RICEVUTA** Raccomandata Assicurata rilasciata da Poste italiane, dotata di requisiti di sicurezza e di codici di accesso (codice assicurata e codice ologramma)*
- ☐ ***FOTOCOPIA** del **VERSAMENTO** effettuato sul conto corrente postale intestato al Min. del Tesoro per il rilascio del Permesso di soggiorno elettronico*
- ☐ ***FOTOCOPIA PERMESSO DI SOGGIORNO SCADUTO**, unitamente alla Dichiarazione di Atto Notorio del Permesso di Soggiorno (presente sul Sito dell'Ordine).*

Il Sanitario si impegna, comunque, a produrre copia fotostatica del documento debitamente rinnovato, unitamente alla Dichiarazione di Atto Notorio del Permesso di Soggiorno, non appena ne sarà in possesso.

☐ 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

Data _____ Firma _____

****

SPAZIO RISERVATO ALL' ORDINE

[ ] 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.ra _____
(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata **RICEVUTA N.°** _____ del _____

OMCeO Roma
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Ente pubblico non economico istituito ai sensi del D.Lgs.C.P.S 13 settembre 1946, n. 233

segue

PERMESSO DI SOGGIORNO IN CORSO DI RINNOVO

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.