

**MANTENIMENTO ISCRIZIONE
CITTADINO A.I.R.E.**
(Anagrafe Cittadini Italiani Residenti all'Estero)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA – Art. 46 e Art. 47 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000
(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

l/ sottoscritto/a Dott./Dott.^{ssa} _____
nato/a a _____ il _____ residente in
_____ (Prov. ____) Via _____
n. _____ CAP _____ Tel. _____ Cell. _____
e-mail _____ PEC _____
registrat_ presso l'**A.I.R.E.** del Comune di _____

CHIEDE

(ai sensi dell'Art. 5, comma 5, della Legge 11.01.2018, n. 3)

di **MANTENERE L'ISCRIZIONE**
presso codesto Ordine Provinciale all'**ALBO**

dei **MEDICI-CHIRURGHI** [] Posiz. n. _____ degli **ODONTOIATRI** [] Posiz. n. _____

DESIDERA RICEVERE LA CORRISPONDENZA PRESSO:

la RESIDENZA il RECAPITO di seguito indicato

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 _____

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 _____

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.