



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLA PROVINCIA DI CATANZARO

Via L. Settembrini n.8 – Tel.0961741107 – Fax 0961741622
www.ordinedeimedici.cz.it - e mail ordinedeimedici.cz@virgilio.it
88100 CATANZARO

RILASCIO DUPLICATO TESSERINO

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI CATANZARO

Il/La sottoscritto/a Dott....., nato a

(prov.), CAP, il....., residente in

(prov.), CAP, alla via n.....

Email pec

iscritto all'Albo * DEI MEDICI CHIRURGHI DEGLI ODONTOIATRI , di
Codesto

Ordine, con numero d'iscrizione

CHIEDE

il rilascio del duplicato del tesserino in quanto il precedente si è * deteriorato é stato smarrito

A tal fine allego alla presente domanda :

* precedente tesserino N°, del....., Denuncia alle autorità di PS.

Dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e

di dare il consenso per il loro trattamento.

di negare il consenso per il loro trattamento.

Catanzaro, Lì.....

IL DICHIARANTE

.....
(Firma per esteso e leggibile)

* Sbarrare la dizione che interessa