

RICHIESTA di
CONTRASSEGNO AUTO PROVVISORIO

**VALIDO SINO AL 31 LUGLIO 2020
PER LO STATO DI EMERGENZA**

DA UTILIZZARE NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE *

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.^{ssa} _____

iscritto/a nell'Albo _____ con numero d'ordine < _____
dei Medici-Chirurghi []
degli Odontoiatri []

CHIEDE

il rilascio di un contrassegno con l'indicazione delle targhe di seguito specificate:

TARGHE DA REGISTRARE :

1) _____ 2) _____ 3) _____

Specificare di seguito l'indirizzo a cui dovrà essere inviato il Contrassegno Auto Provvisorio:

PEC: _____

e-mail _____

Data _____

Firma _____

* N.B.: **NON È CONSENTITA LA RIPRODUZIONE DEL CONTRASSEGNO E NEL CASO DI RITIRO DELLO STESSO PER USO IMPROPRIO DA PARTE DELLA POLIZIA MUNICIPALE, NON È POSSIBILE LA SUA RESTITUZIONE**

ATTENZIONE

- ❖ Il presente contrassegno emesso per lo stato di emergenza è provvisorio, pertanto i dati inerenti le targhe non saranno registrati nella anagrafica personale.
- ❖ La presente richiesta, debitamente **compilata esclusivamente in modalità digitale e firma**, dovrà essere inviata al seguente indirizzo dell'Ordine info@ordinemediciroma.it tramite una delle seguenti modalità:
 - PEC – Posta Elettronica Certificata
 - E-Mail con allegata **COPIA** del **DOCUMENTO** d'identità (ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)