



Al Presidente
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Varese
Viale Milano 27
21100 Varese
protocollo@pec.omceovarese.it

Il/la sottoscritto/a

Nato/a il

Residente a via n.

Tel cell

e-mail Pec

Iscritto nell'Albo dei MEDICI CHIRURGHI al n. pos.

degli ODONTOIATRI al n. pos.

CHIEDE

l'autorizzazione all'utilizzo della qualifica ".....
....." (indicare denominazione ufficiale specialità) a fini pubblicitari (ex art.
1 co. IV L. 175/1992).

All'uopo **ALLEGA**:

- ATTESTATO** comprovante l'ambito di provenienza della struttura sanitaria o istituzione privata a cui si applicano le norme, in tema di autorizzazione e vigilanza, di cui all'art. 43 della L. 23 dicembre 1978, n. 833.
- CERTIFICAZIONE*** rilasciata dal Direttore o Responsabile Sanitario della struttura/istituzione comprovante la durata dell'attività svolta (pari alla durata legale del corso universitario di specializzazione)
- * Per le Pubbliche Amministrazioni vedasi le disposizioni di cui all'art. 15 L. 183/2011.

*I dati forniti all'Ordine dei Medici di Varese saranno utilizzati, nel rispetto delle vigenti norme di legge sulla riservatezza, per le comunicazioni trasmesse via mail o via sms dall'Ente e per il conseguimento dei fini istituzionali.
Gli stessi potranno essere comunicati o diffusi ai soggetti ai quali la normativa vigente consente di accedere. In ogni caso i dati personali relativi agli iscritti all'Ordine non saranno trattati a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato.*

Data

FIRMA

[] **INVIO x POSTA** - Allegare copia di valido documento d'identità ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000*
(non occorre per le istanze sottoscritte con firma digitale e inviate a mezzo PEC all'indirizzo protocollo@pec.omceovarese.it)

[] **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 _____ Qualifica _____