

All' Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Prato
Via Viareggio 10 – 59100 Prato

Marca
bollo
€16,000

RICHIESTA DI RILASCIO CERTIFICATO

Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi non possono più accettare o richiedere certificazioni rilasciate da pubbliche amministrazioni. **Nei rapporti con la pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi, i certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazioni o dalle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà (Artt. 46 e 47 del DPR 445/2000)**

Inoltre, con la modifica apportata dall'art. 30 bis Decreto Legge n. 76/2020, convertito con Legge n. 120/2020 (cd. "Decreto Semplificazioni") agli artt. 2 e 71 del DPR n.445/2000 (in vigore dal 15 settembre 2020) **anche i privati sono tenuti ad accettare le autocertificazioni.**

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

Nato/a il _____ a _____ prov. _____

Residente in _____ Via _____ n° _____

CHIEDE

Il rilascio di n° _____ Certificato/i di iscrizione all'Albo:

MEDICI CHIRURGHI

ODONTOIATRI

Con annotazione riguardante Provvedimenti disciplinari
oppure

Senza annotazione riguardante Provvedimenti disciplinari

Il certificato è destinato a (selezionare la casella corrispondente):

estero

privati

In caso di esenzione dall'imposta di bollo del certificato (vedi DPR 642/72 Tab.B) specificare il caso di esenzione con relativo riferimento normativo:

.....
.....

Dichiara di essere al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/1679 del 27/04/2016 come da informativa pubblicata sul sito web: [pagina da consultare](https://www.omceopo.org/informativa-privacy-2/) (https://www.omceopo.org/informativa-privacy-2/)

Data _____

FIRMA