

RICHIESTA RILASCIO CREDENZIALI CODICE PIN

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI
PESARO E URBINO

Mail: segreteria@omop.it

Pec: segreteria.pu@pec.omceo.it

DA INVIARE OBBLIGATORIAMENTE DALLA PROPRIA PEC PERSONALE

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

.....

Iscritto/a a codesto Ordine, residente a

.....

Via.....

telefono Codice Fiscale

PEC

Dichiara di

- NON ESSERE CONVENZIONATO CON IL SISTEMA SANITARIO;

- DI NON ESSERE DIPENDENTE DI ALCUNA STRUTTURA PREPOSTA AL RILASCIO DEL PIN

CHIEDE

a codesto Ordine il rilascio delle credenziali per il Sistema Tessera Sanitaria.

Il ritiro delle suddette credenziali potrà essere eseguito:

dall'interessato

a mezzo PEC

Il sottoscritto dichiara di essere informato che i predetti dati saranno utilizzati per l'esercizio delle funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dalla legge e per l'invio di comunicazioni inerenti alle attività istituzionali dello stesso. Per ogni ulteriore informazione si rimanda all'informativa completa presente nel sito internet <https://www.omop.it/>.

Data..... Firma

Allegare fotocopia di documento di riconoscimento

**Le credenziali vanno cambiate al primo accesso, sono personali e non hanno scadenza.
Conservare in luogo sicuro.**