



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI CASERTA**

ENTE DI DIRITTO PUBBLICO (D.L. 13-09-1946 N. 233) - Cod. Fiscale: 80101410613

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI CASERTA  
SEDE

**OGGETTO: RICHIESTA DUPLICATO TESSERA DI ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Albo  dei Medici-Chirurghi  degli Odontoiatri di questa Provincia  
con numero di iscrizione \_\_\_\_\_; avendo

- smarrito** (*allego denuncia di smarrimento*)  
 **deteriorato** (*allego vecchio tesserino*)  
 **altro** (*specificare*)

\_\_\_\_\_ il proprio tesserino di riconoscimento,

**CHIEDE**

il rilascio del duplicato della tessera di iscrizione all'Albo Professionale.

**ALLEGA**

- n.2 fotografie formato tessera (stessa posa e formato);
- l'importo pari ad EURO 3,00 a titolo di rimborso spese.

**Si dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679.**

Caserta li, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI**

Riconoscimento effettuato mediante

Carta identità  Patente  Passaporto

numero \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dal richiedente  dalla persona delegata (allegare delega)

incassato rimborso spese  SI  NO Operatore \_\_\_\_\_

ALLEGARE QUI  
FOTOGRAFIA  
DA APPORRE SUL  
TESSERINO