

**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA
DI LIVORNO**

RICHIESTA ATTIVAZIONE INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

Si ricorda che, ai sensi della Legge 28/1/2009 n° 2 di conversione del D.L. 29/11/2008 n° 185, i professionisti iscritti negli Albi sono obbligati ad attivare una casella PEC (Posta Elettronica Certificata) e a comunicarne l'indirizzo all'Ordine di appartenenza.

Si ricorda che gli indirizzi di posta elettronica certificata degli iscritti sono, per legge, comunicati dall'Ordine al pubblico registro INI-PEC, liberamente accessibile all'indirizzo <https://www.inipec.gov.it>. Gli indirizzi PEC presenti in tale registro costituiscono il domicilio digitale del professionista e possono essere utilizzati dagli Enti pubblici (es. Agenzia delle Entrate, Autorità giudiziarie, Aziende Sanitarie), dalle Società, da altri professionisti e da chiunque sia in possesso di una casella PEC, per effettuare comunicazioni ufficiali.

*Si precisa che una comunicazione inviata da una casella PEC a un'altra casella PEC ha lo stesso valore legale della raccomandata con ricevuta di ritorno, indipendentemente dal fatto che tale comunicazione sia stata effettivamente letta dal destinatario. **Si consiglia pertanto di verificare regolarmente i messaggi pervenuti nella propria casella.***

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ C.F. _____ residente a _____

_____ in via/piazza _____

n. _____ CAP. _____ e-mail _____

tel. abitazione _____ cell. _____

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi/Odontoiatri della provincia di Livorno al n° _____ dal _____

Disciplina _____

CHIEDE

IL RILASCIO DI UNA CASELLA DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) CHE AL MOMENTO VIENE FORNITA GRATUITAMENTE DA CODESTO ORDINE (delibera n° 16 del 11/03/2010).

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n°196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____

Firma _____

SI ALLEGA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI LIVORNO

Il sottoscritto incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che

Il/la Dott./ssa..... identificato a mezzo di

n°.....rilasciato ilha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data.....

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....