



**QUESTO MODULO E' SOGGETTO A REVISIONE CONTINUA DI QUALITA'
PERTANTO SONO GRADITE PROPOSTE DI MODIFICA**

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Latina - Piazza Angelo Celli, 3 - 04100 Latina
Tel 0773/693665 - Fax 0773/489131 - info@ordinemedicilatina.it - www.ordinemedicilatina.it

DOMANDA DI RILASCIO CONTRASSEGNO SOSTA URGENTE

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

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

Medico Chirurgo

oppure

Odontoiatra

n. posizione

Ordine provincia di

Se Ordine diverso da Latina indicare recapito postale e telefonico

Città

prov

cap

Via/Piazza

civ

Recapito telefonico

**CHIEDO CHE MI SIA RILASCIATO UN CONTRASSEGNO PER SOSTA IN CASO DI VISITA
URGENTE DOMICILIARE NEL/I COMUNE/I DI :**

Io sottoscritto/a, consapevole di quanto contenuto nel Codice di Deontologia Medica, dichiaro che farò uso del contrassegno nelle situazioni di effettiva urgenza seguendo le indicazioni riportate nell'apposito regolamento comunale.

data

firma