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 ☐☐☐☐☐

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

* per il comune di Latina il rilascio della relativa autorizzazione sarà richiesta a cura dell'Ordine, per gli altri comuni della provincia la pratica sarà a cura dell'interessato/a.

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