Spett.le Ordine dei Medici-Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Avellino
info@ordinemediciavellino.it

MODULO RICHIESTA ATTIVAZIONE PEC IN CONVENZIONE @av.omceo.it

La/Il sottoscritta/o _____ **Sesso** ☐ **M** ☐ **F**

Codice Fiscale _____

Iscritto all'Albo Provinciale della Provincia di Avellino

☐ DEI **MEDICI-CHIRURGHI** con numero di iscrizione _____

☐ DEGLI **ODONTOIATRI** con numero di iscrizione _____

CHIEDE

L'attivazione ex-novo di una Casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) in convenzione con Namirial Pec.

DATI DEL TITOLARE NECESSARI PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO E RILASCIATI A NAMIRIAL S.P.A.:

Data di nascita:_____Luogo di nascita: _____Prov (____)

Indirizzo di Residenza:_____

Città : _____ Prov.: (____) Nazione : _____

Email: _____ Recapito telefonico: _____

Estremi documento di identità in corso di validità:

Tipo di documento: _____numero di documento: _____

rilasciato da: _____in data: _____

Scadenza: _____

☐ Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

☐ Si dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/79

Data_____

Firma del Titolare

_____