

**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 il .....ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data.....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza  
.....