

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

OGGETTO: Richiesta credenziali di accesso al Sistema TS.

Il sottoscritto Dr. _____ nato il _____
a _____ codice fiscale _____
Medico chirurgo / Odontoiatra residente e/o domiciliato a _____
Via _____ Cap _____
cellulare _____ tel. _____ fax _____
indirizzo mail _____
pec _____

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, chiede il rilascio delle credenziali per l'attivazione di un codice PIN per la compilazione e la trasmissione telematica dei certificati di malattia dei propri pazienti.

Il richiedente è consapevole che l'utilizzo del PIN è strettamente personale e non delegabile; dichiara inoltre che tutte le richieste di consultazione e/o inoltre di dati per via telematica effettuate mediante l'utilizzo del PIN saranno imputate al richiedente esclusa ogni eccezione per qualsiasi uso improprio o delegato del PIN.

Il richiedente assume altresì l'impegno di comunicare tempestivamente alla Segreteria dell'Ordine dei Medici C. e O. di Pescara ogni variazione del suo status professionale.

Pescara, lì _____

Il richiedente _____

Documento di riconoscimento _____ numero _____
rilasciato da _____ scadenza _____