

**Modulo Di Adesione  
Servizio Posta Elettronica Certificata**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ con il presente modulo di adesione compilato e sottoscritto in ogni sua parte, richiedo l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata) in riferimento alla convenzione tra Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Rovigo con Postecom Spa.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ Pr.(\_\_\_\_) Residente a \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_) in  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
Domicilio Postale: \_\_\_\_\_

Documento identità (da allegare alla presente):

carta d'identità    patente    passaporto

Numero Documento \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
e Codice Fiscale \_\_\_\_\_ ( da allegare alla presente).

Li \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il richiedente, con la sottoscrizione della presente richiesta, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n.445/2000, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76 D.P.R. n.445/2000), dichiara la veridicità dei dati sopra riportati e, comunque, di avere titolo a richiedere l'attivazione e ad utilizzare l'utenza di Posta Certificata indicata di seguito. Pertanto, sin da ora si obbliga al risarcimento dei danni diretti e/o indiretti eventualmente derivanti a Postecom S.p.A..

Li \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Manifestazione Di Consenso Al Trattamento Dei Dati Personali**  
Preso atto dell'Informativa art.13 legge 196/2003 contenuta nelle Condizioni Generali di Contratto "Posta Elettronica Certificata" presto il mio consenso al trattamento dei dati per le finalità e come le modalità ivi indicate.

Li \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_