

Spett.le
Ordine provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Trapani
Via R.Passeneto,69
91100 TRAPANI
segreteria@omceotrapani.it

Oggetto: Richiesta Certificazione Unica (CU) ENPAM

Il/La sottoscritto/a Dott. nato/a a
..... prov. il

con la presente fa richiesta della Certificazione Unica (CU) ENPAM per l'anno in corso.

A tal proposito AUTORIZZA codesto Ordine all'invio di tale certificazione presso la casella di posta elettronica specificata nei dati di registrazione all'Ordine, impegnandosi a comunicare la corretta ricezione della certificazione unica e riconoscendo che l'Amministrazione ordinistica non si assume alcuna responsabilità in caso di non corretta ricezione della e-mail, in ogni caso dovuta al possibile malfunzionamento della rete informatica e/o della propria connessione in rete, per la contaminazione dovuta ad eventuali virus o per l'intrusione di terzi nel proprio sistema informatico, declinando altresì ogni responsabilità per qualsivoglia conseguenza derivante dalle ipotesi sopra menzionate.

Si allega alla presenta copia di un documento d'identità in corso di validità

Data

Firma

____/____/____