

DICHIARAZIONE DI CAMBIO DI RESIDENZA/DOMICILIO

(art. 46 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000)

Il sottoscritto/a

Nato/a il

Codice Fiscale

Iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ragusa al num. pos.....

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000,

D I C H I A R O

di aver cambiato la propria residenza o domicilio.

ATTUALE RESIDENZA:

Città Prov.

Via n. CAP

Se il domicilio è diverso dalla residenza.

ATTUALE DOMICILIO:

Città Prov.

Via n. CAP

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Ragusa, ____/____/____

F I R M A

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

La presente dichiarazione, qualora non presentata personalmente, viene spedita per PEC a opi.ragusa@pec.it unitariamente a copia in PDF di un documento di identità valido del dichiarante (art. 38, 3° comma del DPR 445 del 28 dicembre 2000).