

AUTOCERTIFICAZIONE

ATTENZIONE : IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E PUÒ ANCHE ESSERE SPEDITO, O INVIATO PER FAX, ALLEGANDO COPIA INTEGRALE E LEGGIBILE DI VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.

***Ill.mo Sig. PRESIDENTE
ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI ED ODONTOIATRI
della Provincia di BARI***

Fax n. 080/5427063

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

ai sensi e per gli effetti del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

DICHIARA

di aver cambiato la propria RESIDENZA ANAGRAFICA (e non domicilio) come segue:

DA : (PRECEDENTE INDIRIZZO)

Via / Piazza _____ n. _____

Comune di _____ C.A.P. _____

A : (ATTUALE INDIRIZZO)

Via / Piazza _____ n. _____

Comune di _____ C.A.P. _____

Data _____

Firma _____