

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

CAMBIO DI RESIDENZA

Il/la sottoscritto/a _____ nat _____ a _____ il _____ **consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art.76 T.U. –DPR 28 dicembre 2000 n. 445).**

DICHIARA

di avere trasferito la propria **residenza anagrafica** in:

Via /P.zza _____ n. _____ Comune di _____ Prov. _____ Cap _____ Tel. _____ (eventuale cell. _____)

A tale indirizzo verrà pertanto inviata tutta la corrispondenza e le cartelle esattoriali relative al pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e dell' Enpam.

Data _____ Il / la dichiarante (*) _____

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata o trasmessa a mezzo telex unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt. 30 e38 DPR 28/12/2000 n. 445)

AVVERTENZE: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

* * * * *

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
L'identità personale è stata accertata a mezzo _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____ scadenza _____

Data _____ Firma del legalizzante: _____
(qualifica professionale C1 / B2)