

DICHIARAZIONE DI VARIAZIONE DI RESIDENZA O DOMICILIO

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
(COGNOME NOME)

nato a _____ il _____

Codice fiscale _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITA' NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', QUANTO SEGUE:

- di aver trasferito la propria residenza in Via _____

Comune _____ Prov.() C.A.P. _____

Via _____ cell _____

DESIDERA RICEVERE LA CORRISPONDENZA PRESSO:

– la residenza sopra indicata

– lo studio professionale/Domicilio/Recapito Postale sito in _____

Via _____ n. _____ C.A.P. _____

Dichiara di essere al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/1679 del 27/04/2016 come da informativa pubblicata sul sito web: [pagina da consultare \(https://www.omcepo.org/informativa-privacy-2/\)](https://www.omcepo.org/informativa-privacy-2/)

Data _____

Firma _____

IN CASO di invio per posta o e-mail Allegare FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO d'identità in corso di validità- ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000

SPAZIO RISERVATO ALL' ORDINE

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del/della: Sig./Sig.ra _____
(Timbro e firma)