

COMUNICAZIONE DI CAMBIO INDIRIZZO
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nat ___ a _____
_____ il _____ residente in _____
Via _____ n. _____ consapevole delle
responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L. 4
gennaio 1968, n. 15), dichiara sotto la propria personale responsabilità che ha cambiato indirizzo da:

(indirizzo vecchio) _____

a (indirizzo nuovo) _____

Recapiti telefonici: _____

Indirizzo di Posta elettronica (per ricevere via mail le comunicazioni dell'Ordine):

Posta elettronica certificata (PEC) obbligatoria (Decreto Legge 179/2012) :

Data _____ Il /La dichiarante _____

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI Udine

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della
legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identificato a
mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza la
dichiarazione di cui sopra.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

.....

Tutte le domande e le dichiarazioni da presentare alla Pubblica Amministrazione o ai gestori di Pubblici Servizi possono essere inviate anche per fax e/o mail, allegando la fotocopia di un documento di identità (art. 38).