

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ VARIAZIONE INDIRIZZO

(Artt. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia
di Sassari

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____, il _____;
residente a _____ prov. _____ cap _____
in via _____;
Tel. (dato facoltativo) _____ Cell. (dato facoltativo) _____;
e-mail (dato facoltativo) _____
iscritto all'Albo _____ con numero d'ordine _____

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, art. 47 consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

dichiara

di aver trasferito la propria residenza

da via _____ cap _____ città _____
a via _____ cap _____ città _____

di eleggere, ai fini della corrispondenza, il proprio domicilio speciale – art. 47 Codice Civile

presso _____
in via _____ cap _____ città _____

di voler rinunciare al domicilio speciale comunicatovi precedentemente.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 del D.P.R. 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

Sassari, li _____

Firma

Alla dichiarazione presentata, da persona diversa dal richiedente o tramite posta, fax e posta elettronica deve essere allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.