

**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 _____, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR)**, dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa.

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.