

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
VARIAZIONE RESIDENZA E/O DOMICILIO**

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

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia
di Sassari
Via Cavour 71/b – 07100 Sassari
ordine@omceoss.org
ordine.ss@pec.omceo.it

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 responsabilità e 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 2016/679 (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. **Informativa Privacy GDPR 2016/679, PdfA**

Luogo e data _____

Firma _____

N.B. 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.