

Modello autocertificazione
Per cambio residenza o domicilio

AL PRESIDENTE
OPI AGRIGENTO

Il/La sottoscritto/a _____

Iscritto all'albo

INFERMIERI

INFERMIERI PEDIATRICI

tenuto dal su intestato OPI

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n° 445 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000)

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445 (barrare solo le caselle che interessano)

di essere nato/a : il _____ a _____ prov. ()

di essere residente in _____ prov. ()

Via/Piazza _____ n. _____ Cap _____

Tel. _____ Cellulare _____ e-mail _____

PEC _____

di essere domiciliato a _____ prov. ()

Via/Piazza _____ n. _____ Cap _____

Di avere il proprio domicilio professionale

in _____ prov. ()

Via/Piazza _____ n. _____ Cap _____

di essere cittadino/a _____

si allega copia documento di identità

Agrigento, li _____

IL DICHIARANTE _____

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)