

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

### CAMBIO DI RESIDENZA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ **consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art.76 T.U. –DPR 28 dicembre 2000 n. 445).**

DICHIARA

di avere trasferito la propria **residenza anagrafica** in:

Via /P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ (eventuale cell. \_\_\_\_\_)

A tale indirizzo verrà pertanto inviata tutta la corrispondenza e le cartelle esattoriali relative al pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e dell' Enpam.

Data \_\_\_\_\_ Il / la dichiarante (\*) \_\_\_\_\_

(\*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata o trasmessa a mezzo telex unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento ( artt. 30 e38 DPR 28/12/2000 n. 445 )

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

\* \* \* \* \*

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA  
L'identità personale è stata accertata a mezzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del legalizzante: \_\_\_\_\_  
(qualifica professionale C1 / B2 )