

**MODULO PER LA COMUNICAZIONE VARIAZIONE DI RESIDENZA
(Dichiarazione sostitutiva di certificazione art. 46 DPR N. 445 del 28.12.2000)**

**All' ORDINE PROVINCIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI Via Famiglia Palmieri, 6 - 62100 MACERATA**

Il/la sottoscritto/a Dott/D/ssa. _____

nato/a _____ Prov. _____, il _____;

ai sensi della Legge 4.1.1968 n. 15 e successiva Legge 15.5.1997, n. 127, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere residente nel Comune di _____

via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____

Indirizzo e-mail _____

Indirizzo e-mail posta elettronica certificata (PEC) _____

Il/la sottoscritto/a chiede l'invio della corrispondenza dell'Ordine al seguente indirizzo:

_____ Via _____ n. _____

Acconsento all'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Macerata al trattamento dei dati personali per gli adempimenti e le finalità inerenti l'attività istituzionale dell'Ordine stesso.

Macerata, li _____

Firma del dichiarante _____

N.B. La presente dichiarazione può essere consegnata: direttamente presso gli Uffici dell'Ordine o spedita per posta all'indirizzo 62100 Macerata Via famiglia Palmieri, 6 o trasmessa tramite fax 0733266479 o indirizzo e-mail segreteria@omceomacerata.it o protocollo@omceomacerata.it