



NOTIFICA CAMBIO INDIRIZZO

**Al Presidente
dell'Ordine della Professione di Ostetrica/o
della Provincia di Benevento**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

Iscritto/a all'albo dal _____ n. iscr. _____

con la presente, consapevole delle sanzioni che la legge commina in caso di dichiarazioni mendaci (**DPR 28/12/2000 nr. 445**), comunica il cambio del suo indirizzo all'uopo dichiara che il suo **nuovo indirizzo** è il seguente:

Città _____ Provincia _____

Via/Piazza _____ CAP _____

Telef. _____ e-mail _____

Benevento,/...../.....

FIRMA.....

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 del DPR 28/12/2000 n. 445)

Autorizzo il trattamento dei dati relativi alla mia persona, ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. 30/06/2003 n°196.

Benevento,/...../.....

FIRMA.....

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 del DPR 28/12/2000 n. 445)