

NOTIFICA CAMBIO INDIRIZZO

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Reggio Calabria

Il/La sottoscritt _____ nat_ il _____ a _____

Iscritto all'albo* _____ nr.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 _____

Nr.telef. _____ e-mail _____

PEC: _____

Reggio Calabria,/...../.....

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

Autorizzo al trattamento dei dati relativi alla mia persona, ai sensi dell'art 13 e succ. del Reg. UE 2016/679 avendo preso visione della informativa allegata al presente modello.

Reggio Calabria,/...../.....

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

* Infermieri, Infermieri Pediatrici