

NOTIFICA CAMBIO INDIRIZZO

Al Presidente del Collegio IPASVI della Provincia di Reggio Calabria

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a 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 _____

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

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.

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

FIRMA.....

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

* Infermieri, Infermieri Pediatrici e/o Assistenti Sanitari