

## VARIAZIONE RESIDENZA E/O DOMICILIO

### DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (ART.46 D.P.R. 28/12/2000 n.445)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa

nato/a a  il

iscritto/a a codesto Ordine (in caso di doppia iscrizione indicare l'attività prevalente)

Albo Medici       Albo Odontoiatri

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

#### DICHIARA

di aver trasferito  RESIDENZA E DOMICILIO  LA RESIDENZA  IL DOMICILIO

nel Comune di  prov

indirizzo  cap

email  cellulare

#### INDIRIZZO DI SPEDIZIONE POSTALE (se diverso da quello specificato sopra)

Comune di  prov

indirizzo  cap

Il/la sottoscritto/a **DICHIARA**, infine, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici,esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

#### ALLEGATO: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

Recapitare a **Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Pisa**  
email: [segreteria@omceopi.org](mailto:segreteria@omceopi.org) – P.E.C. [segreteria.pi@pec.omceo.it](mailto:segreteria.pi@pec.omceo.it) – fax: 050.7912044  
Raccomandata A/R: Via Battelli 5 – 56127 Pisa