

VARIAZIONE RESIDENZA E/O DOMICILIO
DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(ART.46 D.P.R. 28/12/2000 n.445)

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa

Codice fiscale

Email cellulare

PEC

iscritto/a a codesto Ordine professionale - ☐ Albo Medici Chirurghi ☐ Albo Odontoiatri

DICHIARA

Di essere residente in:

Comune Prov.

Indirizzo cap

Di avere domicilio in (se diverso dalla residenza):

Comune Prov.

Indirizzo cap

Di avere domicilio professionale in*:

Comune Prov.

Indirizzo cap

Presso

* Il domicilio professionale deve essere dichiarato obbligatoriamente, qualora la residenza e il domicilio personale si trovino in una provincia diversa da quella di PISA.

Luogo e data Firma _____

ALLEGARE: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Inviare a: **Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Pisa**
P.E.C. segreteria.pi@pec.omceo.it