Modulo cambio residenza

AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI GROSSETO

Tel. 0564/ 29161 – Fax 0564/ 412903

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa ……

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione non veritiera di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR 445 del 28 dicembre 2000,

a titolo di dichiarazione sostitutiva di certificazioni, **dichiara**

- che la propria residenza è…….

……

……

(completa di comune-località-provincia-via-numero civico e cap)

- Che desidera ricevere la corrispondenza **ESCLUSIVAMENTE** al seguente indirizzo di **posta elettronica**

.....

scrivere in stampatello per evitare errori nella trascrizione

Luogo e data Firma

……. ……..

PS: allegare foglio dell'informativa di cui art 13 DLgs 196/2003, datato e firmato.