

## NOTIFICA CAMBIO INDIRIZZO

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bari

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Iscritto all'albo\* \_\_\_\_\_ nr.iscr. \_\_\_\_\_

Titolo conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

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. tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Bari, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
Esente da autentica di firma ai sensi della L 127/97

**N.B. allegare alla presente copia del documento d'identità'**

\* Infermieri, Infermieri Pediatrici