

## Ordine delle Professioni Infermieristiche di Forlì Cesena

### OPI FORLÌ'- CESENA

V.le Domenico Bolognesi, 19 - 47121 Forlì  
Tel 0543/405460 Fax e Segr. 0543/414970  
E-mail : [forli.cesena@cert.ordine-opi.it](mailto:forli.cesena@cert.ordine-opi.it)

## NOTIFICA CAMBIO INDIRIZZO

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Forlì-Cesena

Il/la sottoscritt\_.....

CHIEDE

### La modifica della sua residenza

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76DPR 28/12/2000 n. 445)

DICHIARA

### Ai sensi dell'art. 46 DPR 28/12/2000 n. 445

(barrare solo le caselle interessate)

- Di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_
- Di essere residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_
- Vecchio indirizzo \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_
- Ente di appartenenza \_\_\_\_\_
- Servizio e reparto \_\_\_\_\_

Il/La DICHIARANTE

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)

Forlì, .....

**AVVERTENZA:** il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000)

- 
- CAMBIO SOLO VIA
  - CAMBIO COMUNE

MODULO RITIRATO DA \_\_\_\_\_