

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

(da compilare in stampatello)

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

**DICHIARA**

di aver cambiato il proprio indirizzo:

da via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

a via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_; e-mail: \_\_\_\_\_

Il /La dichiarante

.....

Pordenone, .....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

---

**PARTE RISERVATA ALL'ORDINE, DA COMPILARE NEL CASO DI PRESENTAZIONE PERSONALE DELLA DOMANDA**

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI PORDENONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Pordenone, .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

.....