

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

* Infermieri, Infermieri Pediatrici