



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
VIA CICERONE 19/23 75100 MATERA
C.F.9300283077

NOTIFICA CAMBIO INDIRIZZO Al Presidente dell'Ordine OPI della Provincia di Matera

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.telef. _____ e-mail _____

Matera, li ____/____/20____

IL/LA DICHIARANTE _____

Esente da autentica di firma ai sensi della L 127/97 * Infermieri, Infermieri Pediatrici.