

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 T.U. - D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e art. 15 Legge 183 del 12.11.2011)

**RICHIESTA INVIO CORRISPONDENZA A
INDIRIZZO DIVERSO DALLA RESIDENZA**

All'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
Via Pisacane, 21

ALESSANDRIA

Il/La sottoscritto/a Dott. _____,

nato/a a _____ il _____
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci
dichiarazioni (art. 76 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445) sotto la propria responsabilità comunica
che desidera ricevere tutta la corrispondenza al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____

Dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati
personali ai sensi del D.L.gs. 196/2003 e successive modificazioni e di esprimere il proprio
consenso al trattamento dei predetti dati.

Distinti saluti.

Addì, _____

FIRMA

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI ALESSANDRIA

Il sottoscritto, incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U. - DPR 28 dicembre 2000
n. 445 che il Dott. _____

identificato a mezzo di _____

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Alessandria, li _____

Timbro e firma

**Allegato: fotocopia documento d'identità o di riconoscimento dell'interessato in corso di
validità.**