



OGGETTO: RICHIESTA VARIAZIONE DI RESIDENZA

**Al Presidente dell'Ordine
TSRM PSTRP di Modena e Reggio Emilia**

Il/La sottoscritto/a (*) _____
nato/a a _____ Prov. (_____), il ____/____/____ ,
C.F.: _____ iscritto all'albo professionale dei _____
/ elenco speciale _____ di questo Ordine al n° _____

Valendomi delle disposizioni di cui all' art. 4 della Legge n°15 del 04/01/1968, e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le dichiarazioni mendaci degli artt.483, 495 e 496 del codice penale, 76 del DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARO

Di aver variato la mia residenza da:

Via _____ n° _____ Città _____
_____ Prov. (_____), CAP _____.

A:

Via _____ n° _____ Città _____
_____ Prov. (_____), CAP _____.

Modena, li _____

Firma _____

*(allego in calce Documento d'Identità)



**Ordine Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione
Modena e Reggio Emilia**

Indirizzo: Via Giacomo Matteotti, 1 – (42048) Rubiera (RE)
Tel. 327/0774361– Fax: 059/829144
Sito Internet: www.tsrmpstrpmore.it
Posta elettronica Certificata: modenareggioemilia@pec.tsrp.org