

OPI LA SPEZIA ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE	MODELLO IST A SP 02 STR MODELLO Cambio indirizzo residenza	Rev 7 del 13/2/2023 Pag. 1
---	--	-------------------------------

Al Presidente Ordine Infermieri La Spezia (consegnare in sede)  
oppure: inviare a [segreteria@opi.laspezia.it](mailto:segreteria@opi.laspezia.it) CON COPIA DOCUMENTO PERSONALE utilizzando la propria  
Posta Elettronica Ordinaria.  
SE SI VUOLE USARE LA PEC: SCRIVERE DALLA PROPRIA PEC A [laspezia@cert.ordine-opi.it](mailto:laspezia@cert.ordine-opi.it)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
PER CAMBIO INDIRIZZO DI RESIDENZA**

(ai sensi dell'art.2 della Legge n° 15/1968 e dell'art.1 del Decreto del Presidente della Repubblica n° 403/1968)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.26 della Legge n°15/1968, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

Dichiara di aver variato la propria residenza al seguente indirizzo:

**VIA** (o Piazza, o Viale: indicare il dato correttamente):

\_\_\_\_\_

**COMUNE:** \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Indicare sede di attività professionale, qui: \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Allegare fotocopia carta di identità in corso di validità

**SCRIVERE CHIARAMENTE ED IN STAMPATELLO/grazie**