

**Alla Presidente
dell'Ordine della Professione di Ostetrica
di Cagliari e delle Province di Nuoro,
Oristano e Sud Sardegna
Via Masaniello n. 34
09134 Cagliari**

MODULO DI NOTIFICA VARIAZIONE INDIRIZZO

La/ il sottoscritta/o _____

Nata/o a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

e-mail _____

NOTIFICA LE SEGUENTI VARIAZIONI:

Nuovo indirizzo:

Indirizzo _____ n° _____
(specificare: Via /Vico /Corso/ Piazza ecc. eventuale scala/interno/palazzina)

CAP _____ Località _____ Prov. _____

Telefono Cell. _____

Luogo di lavoro _____

ASL _____ Reparto _____

Mansioni _____

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, di essere informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente notifica viene resa.

Data

Firma
