

MODULO RICHIESTA MODIFICA/RETTIFICA/INTEGRAZIONE DATI

Nome Cognome

Nato a il

Codice Fiscale.....

Residente in Città

Provincia

Tipo Documento d'identità N°

Indirizzo e-mail

Indirizzo PEC (obbligatorio).....

Struttura lavorativa (**OBBLIGATORIA**).....

Libero Professionista **SI – NO** (Barrare la voce che interessa)

consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali per la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, (ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
DICHIARA E

CHIEDE

la registrazione del **DECESSO** del proprio congiunto Professionista
Infermiere (indicare Nome e Cognome)

la Variazione dei seguenti Dati Anagrafici:

- Indirizzo di residenza **VARIATO**

Via/Piazza

N°.....

CAP Città

Provincia

Domicilio **VARIATO**

Via/Piazza

N°.....

CAP Città

Provincia

Documento Identità

Tipo Documento d'identità

N°.....

Rilasciato da di

Data di scadenza

Dati di contatto:

- Recapito telefonico principale N.
- Indirizzo e-mail **VARIATO**.....
- PEC **VARIATA** (OBBLIGATORIA).....

**A tal fine produce le copie dei seguenti documenti
(a seconda della VARIAZIONE dei Dati richiesta)**

- codice fiscale.....
- permesso di soggiorno/kit.....
- patente.....
- Carta d'identità.....

DICHIARA INOLTRE

- che sarà sua cura e obbligo provvedere alla richiesta di aggiornamento dei Dati Anagrafici sull'Albo dell'Ordine OPI L'Aquila in tempo utile e necessario;
- di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, disponibile sul sito www.opiaq.it

IL/LA DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore a ordine@opiaq.it

L'Aquila, _____