

**Al Presidente dell'OPI
della Provincia Barletta-Andria-Trani
Via M. di Borgogna, 74
76125 Trani**

NOTIFICA CAMBIO INDIRIZZO

Io sottoscritto/a

CHIEDE

La modifica della sua residenza

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445)

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 DPR 28/12/2000 n. 445

- Di essere nato/a _____ Il _____
- Di essere residente in _____ Prov _____
- Via/Piazza _____ N _____ CAP _____
- N. telenonico _____ cel _____
- Vecchio indirizzo _____ Prov _____
- Via/Piazza _____ N _____ CAP _____
- Ente di appartenenza _____

Il Dichiarante

_____ (esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)

Trani, li _____

AVVERTENZA: Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. (art. 75 DPR 445/2000)

MODULO DI CONSENSO DELL'INTERESSATO

ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Io sottoscritto, con la presente, ai sensi del REG. UE 2016/679, acconsento al trattamento dei miei dati personali da parte del **Ordine Professioni Infermieristiche di BAT**, dopo aver presa visione dell'informativa privacy di all'art. 13 del REG. UE 2016/679.

Sono consapevole e sono stato informato del fatto di potere revocare il consenso in qualunque momento, ciò comportando la conseguente cancellazione dall'Albo, in quanto l'Ordine sarebbe impossibilitato ad adempiere agli Obblighi Istituzionali ai sensi del DPCLS 233/46 e susseguente DPR 221/50.

Data: _____

Firmato da (nome dell'interessato):
