AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA

(Art. 46 lettera b DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ……..……

Nato/a in ……..…… il .....……

Iscritto/a all'Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Firenze Pistoia di essere attualmente:

DICHIARA

-residente in:

Via																								
cap						Città													Prov.		
tel.												fax												
cell.												e-mail:												

-(1) domiciliato in (solo se diverso da quello di residenza):

☐ *Se barrato, tutte le comunicazione verranno inviate soltanto a questo indirizzo*

Via																								
cap						Città													Prov.		
tel.												fax												
cell.												e-mail:												

Allega alla presente richiesta, copia di un documento legalmente riconosciuto con apposta la propria firma.

Firenze, lì .....

Firma .....