

*Spett. Ordine delle Professioni
Infermieristiche Palermo
Via Daniele Manin, 7
90139 Palermo*

Oggetto: Comunicazione cambio di residenza/domicilio.

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Barrare la casella desiderata:

- Richiesta di variazione residenza;**
- Richiesta variazione domicilio.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____, iscritto/a presso codesto Ordine O.P.I. Palermo
dal _____, con numero di posizione _____,
Tel: _____, Email: _____

con la presente comunica il cambio del proprio domicilio/residenza:

dal seguente indirizzo

- P.zza/Via _____ N° _____
C.A.P. _____ Città _____;

al seguente indirizzo

- P.za/Via _____ N° _____ C.A.P. _____
Città _____;

Si allega alla presente documento di riconoscimento valido: N° Doc. _____

Cordiali Saluti

FIRMA

Il _____
