



ORDINE DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE DELLA PROVINCIA DI BRINDISI

Istituito ai sensi delle Leggi 04.08.1965 n. 1103, 31.01.1983 n. 25 e 11.01.2018 n. 3 Cod. Fisc. 91008040742

AUTOCERTIFICAZIONE CAMBIO di RESIDENZA

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a in _____ prov. (_____) il ____/____/_____
precedentemente residente in _____ prov. (_____)
alla Via/Piazza _____ n. ____ Tel. _____

e regolarmente iscritto all'ORDINE dei TSRM e PSTRP della Provincia di Brindisi, consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazioni mendace secondo quanto prescritto dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

di essere attualmente residente
in _____ prov. (_____)
alla Via/Piazza _____ n. ____ dalla data ____/____/_____

Allega alla presente copia fotostatica non autenticata del documento di identità e codice fiscale.

_____, li ____/____/_____

in Fede

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento (UE) n. 2016/679 GDPR. Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazione mendace, dall'art. 26 della legge n. 15/1968 e sulla tutela dei dati personali ai sensi dell'art. 10 della legge n.657/1996, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto riportato in questo modulo corrisponde a verità. Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.