

Luogo e data

Spett.le
**Ordine dei Medici Veterinari della
Provincia di Arezzo**

Comunicazione di variazione di residenza

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa:
nato/a a: prov./stato: il:
codice fiscale: iscrizione all'Albo n.ro:

COMUNICA IL PROPRIO CAMBIO DI RESIDENZA

A: (indirizzo completo)

località: prov.: cap:
via: n.ro:

CHIEDE (evidenziare la voce corretta)

- che la corrispondenza interna dell'Ordine venga recapitata all'indirizzo di residenza
- che la corrispondenza interna dell'Ordine venga recapitata all'indirizzo di domicilio:

Indirizzo completo domicilio (compilare solo nel caso in cui il domicilio sia diverso dalla residenza):

località: prov.: cap:
via: n.ro:

comunica inoltre di avere i seguenti recapiti:

telefono: cellulare:
e-mail: pec:

Dichiara e sottoscrive, inoltre, di avere il possesso dei requisiti richiesti dalle normali certificazioni e di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei dovuti modi, qualsiasi variazione o modifica.

firma

.....