

AUTOCERTIFICAZIONE

(art.2 Legge 4\1\1968 n.15, modificato dall'art.3 Legge 15\5\1997 n.127)

Al Sig. PRESIDENTE dell'Ordine
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di

P A D O V A

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

Nato/a _____ il _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di aver cambiato il proprio indirizzo da via:

_____ comune di _____

a via _____

COMUNE di _____ C.A.P. _____

Telefono _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____