



MODULO di COMUNICAZIONE **INDIRIZZO P.E.C.** (*Posta Elettronica Certificata*)
(ai sensi del D.Lgs. n. 185/2008, conv. Legge n. 2/2009)

Al Presidente dell'Ordine
delle Professioni Infermieristiche di
NAPOLI

Il sottoscritt _____
(nome e cognome)
Nato a _____ prov () il _____
(luogo di nascita) (giorno, mese, anno)

a conoscenza di quanto prescritto dall'art.76 D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.46 D.P.R. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

Dichiara

che il proprio indirizzo PEC è il seguente:

(scrivere in stampatello)

Il sottoscritt s'impegna, altresì, a comunicare tempestivamente a codesto Ordine ogni eventuale variazione del predetto indirizzo PEC che dovesse intervenire nel corso del tempo.

Il sottoscritt prende altresì atto che la variazione verrà effettuata dall'Ordine nei termini di legge previsti a partire dal ricevimento della suddetta comunicazione.

INOLTRE RICHIEDE (compilare solo se necessario)

La chiusura definitiva della PEC in convenzione con OPI di NAPOLI a me intestata e sotto riportata, consapevole che i dati in essa contenuti non sono più recuperabili (compilare in stampatello)

_____ @mailpasvinapoli.org
_____ @pec.opinapoli.it

NB: In caso di invio tramite PEC, Email o di consegna allo sportello dell'Ordine da persona diversa dal firmatario è obbligatorio allegare, a pena di irricevibilità la fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____ Firma _____
(per esteso e leggibile)