Cancella i dati Stampa Modulo

OPI NAPOLI
ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

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
N A P O L I

_l_ sottoscritt_ _____
(nome e cognome)

Nat_ a _____ prov (____) il _____
(luogo di nascita) *(giorno, mese, anno)*

di essere residente a: _____ prov (____)

indirizzo: _____ CAP _____
(specificare solo se il domicilio è diverso dalla residenza)

di essere domiciliat_ a _____ prov (____)

indirizzo: _____ CAP _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Email _____

Luogo di lavoro: _____

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)

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

_l_ 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)

○ _____ @mailipasvinapoli.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)

Cancella i dati Stampa Modulo