



**Al Presidente
dell'Ordine TSRM PSTRP
Torino-Aosta-Alessandria-Asti**
Corso Galileo Ferraris, 130
10129 TORINO

Gent.mo/ma Collega,
ti invitiamo ad inoltrarci il presente modulo **compilato in tutte le sue parti** via mail o posta ordinaria.
Ti ricordiamo l'obbligo di legge nel mantenere aggiornati i dati personali e l'obbligatorietà nel fornirli.

AGGIORNAMENTO DATI

AUTOCERTIFICAZIONE - (Art. 46 D.P.R. 28/12/2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____

Professione Sanitaria: _____

DICHIARA

Ai sensi dell'art.2 legge 15/01/1968 n.15, come modificato dall'art.3 legge 15/05/1997 n.127 e successive modificazioni

1. di essere nato/a il ____/____/____ a _____ (Provincia di ____)

2. di essere residente a _____ (Provincia di ____)

Via _____ n. _____ CAP _____

n. tel _____ Cellulare _____

email _____

eventualmente domiciliato a _____ (Provincia di ____)

Via _____ n. _____ CAP _____

3. di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____

4. di lavorare presso _____

n. tel Lavoro _____

_____, _____ Il/La Dichiarante _____

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione delle firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione, nonché ai gestori pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Informativa ai sensi del D.lgs. 196/2003 - I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo