

*(autocertificazione domicilio e/o domicilio professionale)*

## Ordine Interprovinciale della Professione Ostetrica di Ascoli Piceno e Fermo

La/Il sottoscritta/o Ost. \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

***Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000***

### DICHIARA

Che pur essendo anagraficamente residente a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

È domiciliata a \_\_\_\_\_ (Prov) \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Ha il domicilio professionale a \_\_\_\_\_ (Prov) \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Richiede inoltre che l'invio delle comunicazioni venga effettuato presso l'indirizzo di:

Residenza

Domicilio

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma della/del dichiarante (per esteso e leggibile)