

**ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI CAMPOBASSO**

La /il sottoscritta/o ..... Codice fiscale .....

nata/o a ..... Provincia.....il.....;

Tel. .... Mail: .....

**COMUNICA DI AVER CAMBIATO RESIDENZA**

**da** (indirizzo completo) via ..... Comune .....

Provincia ..... C.a.p.....

**a** (indirizzo completo) via ..... Comune .....

Provincia ..... C.a.p.....

**CHIEDE**

- Che la corrispondenza venga recapitata all'indirizzo di residenza
- Che la corrispondenza venga recapitata al seguente indirizzo:

c/o \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Dichiara e sottoscrive, inoltre, di avere il possesso dei requisiti richiesti dalle normali certificazioni e di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei dovuti modi, qualsiasi variazione o modifica.

Data

Firma