

**Alla Presidente  
dell'Ordine della Professione di Ostetrica  
di Cagliari e delle Province di Nuoro,  
Oristano e Sud Sardegna  
Via Masaniello n. 34  
09134 Cagliari**

**MODULO DI NOTIFICA VARIAZIONE INDIRIZZO**

La/ il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**NOTIFICA LE SEGUENTI VARIAZIONI:**

**Nuovo indirizzo:**

Indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
(specificare: Via /Vico /Corso/ Piazza ecc. eventuale scala/interno/palazzina)

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono Cell. \_\_\_\_\_

Luogo di lavoro \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Mansioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, di essere informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente notifica viene resa.

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_