

## MODULO DI COMUNICAZIONE VARIAZIONE DATI ALBO PROFESSIONALE

**All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
Piazza Goldoni, 10  
34122 Trieste**

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome).....

Residente.....

Nato/a il.....a.....

Telefono.....

Iscritto/a  Albo Medici Chirurghi  Albo Odontoiatri

### COMUNICA LE SEGUENTI VARIAZIONI

Nuovo indirizzo:

Via..... n.....

CAP.....Città.....

Telefono..... E-Mail:.....

Titoli professionali conseguiti (allegare certificato in bollo o autocertificazione in carta libera unitamente a fotocopia di un documento di identità):

.....

*Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di concedere il consenso al trattamento degli stessi.*

Data.....

Firma.....