

# DICHIARAZIONE DI DOMICILIO PROFESSIONALE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e dell'art.16 della L. 526/1999)

Il/La sottoscritto/a (NOME) \_\_\_\_\_ (COGNOME) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_), CAP \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_, in qualità di:

**MEDICO CHIRURGO**

**MEDICO ODONTOIATRA**

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

## DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di eleggere il proprio **DOMICILIO PROFESSIONALE** presso:

Studio/Ente/Società (indicare la denominazione) \_\_\_\_\_,  
sito in Via/Piazza \_\_\_\_\_,  
CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), tel. \_\_\_\_\_,  
PEC (se disponibile) \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione del domicilio professionale ai sensi della normativa vigente in materia.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Luogo e data)

Firma (\*)

\_\_\_\_\_

**(\*) Se firmato digitalmente (formato CADES o PAdES) non è necessario allegare il documento d'identità. Qualora sprovvisti della PEC e della firma digitale, allegare il proprio documento di identità ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000.**

**Il modulo va restituito compilato agli indirizzi dell'OMCeO della Provincia di Campobasso:**

**PEC [info.cb@pec.omceo.it](mailto:info.cb@pec.omceo.it) , E-mail [info@ordineideimedicicb.it](mailto:info@ordineideimedicicb.it)**