

Ill.mo Sig.  
**PRESIDENTE**  
**ORDINE MEDICI C. E O.**  
Via dei Sabini n.102

**65127 P E S C A R A**

**OGGETTO: Variazione indirizzo.**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

iscritto all'ALBO DEI MEDICI **e/o** degli ODONTOIATRI di PESCARA comunica il nuovo indirizzo:

LOCALITA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

TEL./ CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto idonea informativa sul trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Cordiali saluti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_