

Tramite fax 06. 5917732 oppure  
PEC: [posta@pec.enpaf.com](mailto:posta@pec.enpaf.com)

Spettabile  
**E.N.P.A.F.**  
Via Pasteur, 49  
00144 **ROMA**  
Uff. Tributi

e.p.c.

Tramite fax 0434 537248 oppure  
PEC: [ordinefarmacistipn@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistipn@pec.fofi.it)

**ORDINE DEI FARMACISTI  
DELLA PROVINCIA DI PORDENONE**  
Via G. Galilei, 21  
33170 PORDENONE

Luogo e data \_\_\_\_\_

Oggetto: **Comunicazione variazione residenza.**

Il/La sottoscritt\_ dr/dr.ssa \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

con codice fiscale \_\_\_\_\_

iscritt\_ all'Ordine di Pordenone dal \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000,

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI,  
dichiara**

di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Il proprio indirizzo è:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail ordinaria: \_\_\_\_\_

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455.

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_  
(firma)

Allegato 1: copia carta d'identità valida