

**COMUNICAZIONE VARIAZIONE RESIDENZA**

Raccomandata a/r

*Spettabile*

**E.N.P.A.F.**

Uff. Contributi

Via Pasteur, 49

00144 ROMA

e.p.c. **ORDINE DEI FARMACISTI DELLA  
PROVINCIA DI PORDENONE**

Via Galilei 21

Telefax 0434 537248

e-mail:ordinefarmapn@libero.it

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa \_\_\_\_\_

*(nome e cognome)*

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

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

iscritta al Vs. Albo dell'Ordine di Pordenone dal \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_

**comunica**

di essere residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

Recapito telefonico \_\_\_\_\_; e-mail ordinaria \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*(luogo e data)*

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

Allegato 1: *(fotocopia carta d'identità)*