

Alla U.O.C. Politiche del Personale e
Gestione Risorse Umane
- Matricola Dirigenti dell'Azienda Ospedaliera
San Giovanni-Addolorata
S E D E

Oggetto: Dichiarazione modifica Domicilio e/o Residenza – Personale Dirigente

Il/la sottoscritt _____
nat _ a _____ (_____) il _____
in servizio presso _____
con la qualifica di _____
codice fiscale _____ matric. n. _____
telef./Cell.

consapevole di quanto disposto ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

A. Di aver modificato la propria **RESIDENZA** che risulta essere:

CITTÀ _____ (Prov: _____) C.A.P. _____
Via / Piazza _____ n. _____ Pal. / sc. _____

B. Di aver modificato il proprio **DOMICILIO** che risulta essere:

CITTÀ _____ (Prov: _____) C.A.P. _____
Via / Piazza _____ n. _____ Pal. / sc. _____

Roma,

Il presente modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte e dovrà essere presentato esclusivamente al Protocollo Generale Aziendale sito al piano terra della sede Amministrativa di Via dell'Amba Aradam, 9.

(ALLEGARE fotocopia di un documento valido)