



Spett.le
ENTE NAZIONALE di PREVIDENZA e ASSISTENZA
della PROFESSIONE INFERMIERISTICA
 Lungotevere dei Mellini 27
 00193 - ROMA

COMUNICAZIONE VARIAZIONE DATI ANAGRAFICI

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	N. Iscrizione all'Ente
---------	------	------------------------

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Stato civile	Codice fiscale
-------------------	-------	-----------------	--------------	----------------

Residente in

Via	Comune	Prov.	CAP	Tel.
-----	--------	-------	-----	------

Domiciliato in (da utilizzare anche per l'invio della corrispondenza)

Via	Comune	Prov.	CAP	Tel.
-----	--------	-------	-----	------

Attuale iscrizione al Collegio Provinciale Ipasvi

Collegio Ipasvi di	Qualifica	N. iscrizione	Data iscrizione	Sigla collegio
--------------------	-----------	---------------	-----------------	----------------

CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE DERIVANTI DA DICHIARAZIONI MENDACI, DALLA FALSITÀ NEGLI ATTI E DALL'USO DI ATTI FALSI, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL DPR 445/2000,

Dichiara che, a far data dal ___/___/___, è variato, così come sopra indicato:

- STATO DI FAMIGLIA
- CODICE FISCALE
- RESIDENZA
- DOMICILIO
- COLLEGIO IPASVI DI APPARTENENZA

Il/La sottoscritto/a chiede di acquisire la variazione suddetta, aggiornando i dati in Vs possesso.

Allega una fotocopia leggibile di un documento d'identità valido.

Data _____

Firma _____