



MODULO di COMUNICAZIONE **INDIRIZZO P.E.C.** (*Posta Elettronica Certificata*)  
(ai sensi del D.Lgs. n. 185/2008, conv. Legge n. 2/2009)

Al Presidente dell'Ordine  
delle Professioni Infermieristiche di  
**NAPOLI**

Il sottoscritt

(nome e cognome)

Nat a

(luogo di nascita)

prov ( ) il

(giorno, mese, anno)

a conoscenza di quanto prescritto dall'art.76 D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.46 D.P.R. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

### Dichiara

che il proprio indirizzo PEC è il seguente:

(scrivere in stampatello)

Il sottoscritt s'impegna, altresì, a comunicare tempestivamente a codesto Ordine ogni eventuale variazione del predetto indirizzo PEC che dovesse intervenire nel corso del tempo.

Il sottoscritt prende altresì atto che la variazione verrà effettuata dall'Ordine nei termini di legge previsti a partire dal ricevimento della suddetta comunicazione.

### INOLTRE RICHIEDE (compilare solo se necessario)

La chiusura definitiva della PEC in convenzione con OPI di NAPOLI a me intestata e sotto riportata, consapevole che i dati in essa contenuti non sono più recuperabili (compilare in stampatello)

\_\_\_\_\_ @mailpasvinapoli.org

\_\_\_\_\_ @pec.opinapoli.it

**NB: In caso di invio tramite FAX o RACCOMANDATA ovvero di consegna allo sportello dell'Ordine da persona diversa dal firmatario è obbligatorio allegare, a pena di irricevibilità, fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.**

Data

Firma \_\_\_\_\_

(per esteso e leggibile)