Al Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali

**SEDE** 

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Ex art. 46 D.P.R. 445/00)

Il/La sottoscritto/a					
Nato/a a				_i1/	/
Dipendente di:  Azienda Fondazione con la qualifica di			matricola	a	
Comunica con la presente il	1/la proprio/a nuovo/a				
□ Domicilio □ Residenza □ Recapito  ATTENZIONE: Qualora domicili coincidano barrare tutte le cass	lio, residenza e recapito				
coincidano parrare tutte le case	<u>elle</u>				
_					
Luogo					
ViaTelefono fisso					
Indirizzo e-mail					
DATA					
	Firma per esteso				
Spazio riservato all'Amministra	zione:				
VARIAZIONE REGISTRATA IN I	DATA	DA			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	FIRMA				

Policlinico Tor Vergata – Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali – Settore Giuridico Personale Dipendente

DA_DRUM-MOD ResDom (Cambio residenza/domicilio) – Rev6 del 22.02.2021		