



CAMBIO DI RESIDENZA

Con la presente il/la sottoscritto/a _____ nato/a il
___/___/___ a _____ e residente a _____ in Via/Piazza

_____ in qualità di richiedente l'accoglimento presso l'ASP "Daniele Moro" di Codroipo

è stato informato del cambio di residenza del signor/ra (art. 6 DPR 223/89)

Cognome		
Nome		Data di nascita
Luogo di nascita	Sesso	Stato civile
Residente a _____		via/piazza _____ n _____
Paternità _____		maternità _____
Cittadinanza _____		Codice Fiscale _____
Condizione non professionale		Casilinga <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> altro _____
Posizione nella professione se occupato		Lavoratore in proprio <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>
Ha risieduto all'estero <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI		STATO _____ Dal _____ al _____
Titolo di studio: Nessun titolo/Lic. <input type="checkbox"/> Elementare <input type="checkbox"/> Lic. Media <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/>		
In possesso di patente <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		TIPO _____
In Possesso di auto <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		

dal Comune di _____ al Comune di Codroipo presso la sede legale dell'ASP "D. Moro" di Codroipo viale Duodo, 80 in quanto inserito presso lo stesso dal _____/al _____

Codroipo, _____

FIRMA _____