

DICHIARAZIONE di CAMBIAMENTO della QUALIFICA PROFESSIONALE e/o del TITOLO di STUDIO

N. _____

All'Ufficiale di Anagrafe del Comune di PORTO TOLLE

Io sottoscritto/a _____
 nato/a in _____ il _____
 residente in via _____ n. _____ int. _____ Tel. _____
 _____ indirizzo di _____ posta elettronica _____

_____ dichiaro, ai sensi e per gli
 effetti del combinato disposto dagli articoli 10, lettera a), e 13 del D.P.R. 30-5-1989, n. 223, il seguente
 cambiamento:

della qualifica professionale da _____
 a _____

del titolo di studio da _____
 a _____

riferito a _____ componente la mia famiglia.

Allego la necessaria documentazione comprovante il cambiamento dichiarato.

Data _____

IL/LA DICHIARANTE

Allega copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38, D.P.R. n. 445/2000).