



Regione Puglia



ASL Bari

PugliaSalute

**AREA GESTIONE RISORSE UMANE
SETTORE TRATTAMENTO ECONOMICO**

Oggetto: Comunicazione Variazione Residenza/Domicilio/Indirizzo

Il/la sottoscritt _____ Matricola _____

nato/a a _____ il ____/____/____

dependente di ruolo di questa ASL con qualifica di _____

in servizio presso: _____

comunica che l'indirizzo della propria nuova RESIDENZA è la seguente:

Via _____ n° _____

Città _____ CAP _____ Prov. (____)

(COMPILARE IL DOMICILIO SOLO SE DIFFERENTE DALLA RESIDENZA)

comunica inoltre che l'indirizzo del nuovo DOMICILIO è il seguente:

Via _____ n° _____

Città _____ CAP _____ Prov. (____)

RECAPITI: Tel. Casa: ____/____/____ Cellulare: ____/____/____

Indirizzo e-mail: _____

Data ____/____/____

Firma