

Marca da bollo
da 16,00€



ORDINE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA INTERPROVINCIALE DI BL PD RO TV VE VI

La/il sottoscritta/o Ostetrica/o

iscritta regolarmente all'Ordine delle Ostetriche di

CHIEDE

il trasferimento di iscrizione all'Ordine della Professione Ostetrica Interprovinciale di Bl-Pd-Ro-Tv-Ve-Vi.

Ai sensi e per gli effetti della legge n° 15/1968 e della legge n° 127/97 e successive modificazioni ed integrazioni, la sottoscritta, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.26 legge n°15/68),

DICHIARA

Di essere nata/o a (prov.....), il.....

Di essere residente a..... (prov.....), Cap.....

in via..... tel..... cell.....

mail: Codice Fiscale.....

Di essere dipendente presso

Di aver conseguito il Diploma/Laurea di Ostetrica/o presso l'Università degli Studi di
..... in data

Di essere iscritta/o all'Ordine delle Ostetriche della Provincia di
..... dal

Di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti al collegio di appartenenza,

Di non aver riportato condanne penali,

Di non aver procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.

La/il sottoscritta/o dichiara inoltre:

Di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

Per le informazioni sul trattamento si rinvia all'informativa relativa a iscritti e iscrivendi, disponibile nella sezione modulistica del sito web dell'Ordine.

Data

Firma

SI ALLEGANO: COPIA CODICE FISCALE, ULTIMO VERSAMENTO TASSA DI ISCRIZIONE, MODULO AUTOCERTIFICAZIONI, UNA FOTOTESSERA