

bollo € 16,00

Al Presidente dell'Ordine della Professione di Ostetrica Palermo

Il/la sottoscritto/a _____

Cod. fisc. _____,

Chiede

Il trasferimento d'iscrizione all'Ordine della Professione di Ostetrica di Palermo – ai sensi e per gli effetti di legge n° 15/1968 e della legge n° 127/1997 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere nel caso di falsità in atti o dichiarazioni mendaci e delle sanzioni previste dall' art. 26 della citata legge,

Dichiara

di essere nato/ in _____ Prov. _____, il ____/____/____

1. di essere residente a _____ prov. _____
in Via _____ n° _____ scala _____ int _____
c.a.p. _____ tel _____ cell. _____;

3. di avere in corso la pratica di trasferimento e residenza nel comune di _____

4. di esercitare la professione di Ostetrica nel comune di _____

5. di aver conseguito il titolo di Ostetrica/o nell' A.A. _____ presso l' Università degli studi _____ di _____ prov _____

6. di essere iscritto al collegio degli ostetrici della provincia di _____
dal _____ n° iscr. _____ ;

7. di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all' Ordine di appartenenza;

8. di non aver riportato condanne penali;

9. di non aver procedimenti e provvedimenti disciplinari in corso

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti;
- di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Dlg 196/2003.

Data

Firma
