

**DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE OSTETRICHE
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

(In bollo da € € 16.00)

**All' Ordine della Professione di Ostetrica
delle province di**

Catanzaro, Crotone e Vibo Valentia

Via F. Burza, 35 - 88100 Catanzaro

tel/fax 0961/709540

MAIL: ordine@ostetriche-czkrvv.it

PEC: collegioostetricheczkrvv@arubapec.it

La/Il sottoscritta/o _____

C.F. _____

CHIEDE

Il trasferimento all'Ordine della Professione Ostetrica delle Province di Catanzaro, Crotone e Vibo Valentia.

Ai sensi e per gli effetti della Legge n. 15/1968 e della Legge N. 127/97 e successive modifiche e integrazioni, la/il sottoscritta/o, 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 n. 15/68 **dichiara:**

- Di essere nata/o a _____ il _____
- Di essere residente a _____ prov. _____ Cap _____
in Via _____ n. _____ tel. _____
- indirizzo posta elettronica _____
- Di avere in corso la pratica di trasferimento e residenza nel Comune di _____
- Di essere dipendente presso _____ Comune di _____
- Di aver conseguito il Diploma di Laurea in Ostetricia presso l'Università degli Studi di _____
_____ ; nell'anno accademico _____
- Di essere iscritta/o all'Ordine della Professione Ostetrica di _____ al n. _____
- Di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza
- Di non aver riportato condanne penali
- Di non avere 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;
- Di essere informata/o sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003.

Data _____

Firma

Allega alla presente 2 fotografie formato tessera

N.B. La/Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla