

Domanda di trasferimento ad altro Albo Provinciale

Ordine delle Ostetriche della Provincia di FERRARA

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

Il trasferimento all'Albo delle Ostetriche di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti della Legge 4 Gennaio 1968, n° 15 e della Legge 15 Maggio 1997, n° 127 e successive modifiche ed integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (Art. 26 Legge 4 Gennaio 1968, n° 15),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ Provincia _____ il ___/___/_____
- Codice Fiscale _____
- di essere residente a _____ Provincia _____
in Via _____ Telefono _____
- di essere cittadino/a _____ Email _____
- di aver conseguito il Diploma / Laurea di Ostetrica il ___/___/_____ presso
l'Università degli Studi di _____ con voto _____
- di essere iscritta/o all'Albo Provinciale delle Ostetriche di _____ 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 penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in
pendenza
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione,
modifica o perdita di diritti

Ferrara, ___/___/_____

Firma _____

ORDINE DELLE OSTETRICHE DELLA PROVINCIA DI FERRARA

Ferrara – Via Aeroporto 42/a

La sottoscritta _____ incaricata, attesta, ai sensi della Legge
04/01/1968, n.15, che il/la Dott. _____ identificata a mezzo di
_____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Ferrara, ___/___/_____

Firma _____

Allegato:

- Fotocopia Codice Fiscale
- Fotocopia documento di identità