



**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA
DELLA PROVINCIA DI FERRARA**

Via Aeroporto, 42/a - 44124 - Ferrara
mail ostetriche.ferrara@libero.it
PEC collegioostetricheferrara@cgn.legalmail.it
Telefono 0532902178

**Domanda di trasferimento presso l'Ordine delle Ostetriche
della Provincia di FERRARA**

(Bollo euro 16)

Spett.le Ordine delle Ostetriche
Di Ferrara
Via Aeroporto 42/A
Ferrara

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

Il trasferimento all'Albo delle Ostetriche di codesto Ordine, ai sensi e per gli effetti de.l'art.76 del DPR 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 75 del DPR 445 del 28 dicembre 2000,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI dichiara:

- di essere nato/a a _____ Provincia _____ il / /
- Codice Fiscale _____
- di essere residente a _____ Provincia _____ in Via _____
Telefono _____ Cell _____ email _____ PEC _____
- di essere cittadino/a _____
- 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 esercitare la professione di ostetrica nella provincia dell'Ordine di _____
presso _____
- 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

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del precedente D.lgs 196 /2003.

Ferrara, / /

Firma



**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA
DELLA PROVINCIA DI FERRARA**

Via Aeroporto, 42/a - 44124 - Ferrara
mail ostetriche.ferrara@libero.it
PEC collegioostetricheferrara@cgn.legalmail.it
Telefono 0532902178

La sottoscritta incaricata
04/01/1968, n.15, che il/la Dott.
Identificato/a a mezzo di
ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.
Ferrara, / /

, attesta, ai sensi della Legge

Firma

Allegato:

- Fotocopia Codice Fiscale
- Fotocopia documento di identità
- Marca da bollo euro 16