



FEDERAZIONE NAZIONALE DELLE OSTETRICHE

ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA
INTERPROVINCIALE BA/BAT

La /Il sottoscritta/o: _____

Codice Fiscale: _____

in possesso del titolo abilitante alla professione di Ostetrica/o,

C H I E D E

Di essere iscritta/o all'Albo delle Ostetriche della Provincia di Bari.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445.

Il /La sottoscritta/o:

consapevole che, ai sensi del detto D.P.R., le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti pubblici sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e, consapevole che, ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici,

D I C H I A R A

di essere nata/o a: _____ provincia: _____

il: _____

di essere residente in: _____ provincia: _____

via: _____ n: _____ cap: _____

n.tel.: _____ cellulare: _____

e-mail : _____

Indirizzo PEC (Posta Elettronica certificata): _____

cittadinanza: _____

di aver conseguito la laurea in Ostetricia presso: L'Università di _____

in data: _____

La/Il sottoscritta/o ,dichiara, inoltre :

1. di non aver riportato condanne penali;
2. di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione di residenza, settore di impiego e cambiamento di qualifica;
3. di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Dlg.196/2003.

Firma

Bari _____

ALLEGRO I SEGUENTI DOCUMENTI:

- 1) Autocertificazione di laurea;
- 2) Autocertificazione dei carichi pendenti;
- 3) Dichiarazione trattamento dati personali

- 4) Fotocopia codice fiscale;
- 5) Fotocopia carta d'identità;
- 6) Fotocopia della ricevuta di versamento tassa iscrizione;
- 7) Fotocopia della ricevuta di versamento quota annuale;
- 8) Fotocopia versamento tasse concessioni governative;
- 9) n. 2 foto formato tessera;
- 10) Marca da bollo da € 16,00;

Bari _____

Firma
