



**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA
INTERPROVINCIALE DI
BA/BT**

Via Matteo Renato Imbriani, 67 - 70121 Bari - tel.Fax 377 3144666

Pec info.ostetrichebari@legalmail.it

www.ostetrichebari-bt.it

La/Il sottoscritta/o: _____

Codice Fiscale: _____

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

CHIEDE

di essere iscritta/o all'Albo dell'Ordine della Professione di Ostetrica Interprovinciale di Bari/BT.

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

La/Il 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,

DICHIARA

di essere nata/o a: _____ provincia: _____ il: _____

di essere residente in: _____ provincia: _____

in 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 del codice fiscale;
- 5) Fotocopia del documento d'identità in corso di validità;
- 6) Fotocopia della ricevuta di versamento tassa iscrizione;
- 7) Fotocopia della ricevuta di versamento quota annuale;
- 8) Fotocopia della ricevuta di versamento tasse concessioni governative;
- 9) Fotocopia della ricevuta di bonifico per acquisto di marca da bollo da € 16,00
[cod IBAN: IT68P0306909606100000409828
Intestato a Ordine della professione di ostetrica interprovinciale Bari-BT];
- 10) n. 2 foto formato tessera;

Firma

Bari _____
