
Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta
Ordre des Sages Femmes de la Région Autonome Vallée d'Aoste



Domanda d'iscrizione per trasferimento all' Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta
(in bollo 16,00 Euro)

La/il sottoscritta/o ost. _____ (nome e cognome) consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, a titolo di dichiarazione sostitutiva,

DICHIARA

- (a)1) di essere nato/a a (b) _____ il _____
- 2) di essere residente in (c) _____ Via _____ N. _____
telefono _____ e mail _____
- 3) di essere cittadino/a (d) _____
- 4) di avere il seguente codice fiscale: _____ (Allegare copia)
- 5) essere abilitato/a all'esercizio della professione di ostetrica/o:
(e) _____
- 6) di essere regolarmente iscritto/a all'Albo dell'Ordine della Professione Ostetrica provinciale/interprovinciale di _____ al n. iscrizione _____
- 7) di aver eseguito i pagamenti dei contributi dovuti al suddetto Ordine;
- 8) di avere il pieno godimento dei diritti civili;
- 9) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- 10) di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;

INOLTRE,

Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta
Ordre des Sages Femmes de la Région Autonome Vallée d'Aoste



A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ,
DICHIARA (a) 2

- 1) di esercitare la professione di ostetrica nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta presso: _____
- 2) di avere i seguenti precedenti penali:

- 3) di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari;

E FA DOMANDA

di essere iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine per trasferimento.

- o (f) A tal fine dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine.

(Luogo e data) _____

(Firma) (g) _____

(a) Cancellare le voci che non interessano.

(b) Per i nati in Italia indicare il Comune di nascita e, tra parentesi, la Provincia. Per i nati all'estero indicare lo Stato estero in cui si è nati.

(c) Indicare il Comune alla cui anagrafe l'interessato/a è iscritto/a.

(d) Indicare "italiano/a" oppure lo Stato estero di cui si è cittadini.

(e) Indicare luogo e data di conseguimento dell'abilitazione.

(f) Da barrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine presso il quale richiede di trasferire la propria iscrizione, e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.

(g) SE LA DOMANDA CONTIENE ANCHE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, LA RELATIVA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSERE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE, OPPURE, SE INVIATA PER POSTA O PER FAX, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ O EQUIPOLLENTE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Autorizzo espressamente l'Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta all'utilizzo dei miei dati personali ai sensi dell'art. 61 comma 4 art.61 D.Lgs n.196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

(Luogo e data) _____

(Firma) _____

Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta

Via Boson n.6 , 11100 AOSTA- Tel/Fax 0165/31313- C.F 80006430070

Mail: info@ostetrichevda.it Pec: ostetrichevda@pec.it

Sito Web: www.ostetrichevda.it