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



Domanda di iscrizione all'Albo dell'Ordine della Professione Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta e contestuale autocertificazione

(In bollo da € 16,00)

All'OPO della Regione Autonoma Valle d'Aosta

La/Il sottoscritta/o _____
C.F. _____ (Allegare fotocopia); in possesso del titolo abilitante
all'esercizio della professione di Ostetrica/o

CHIEDE

Di essere iscritta/o nell'Albo delle Ostetriche della Valle d'Aosta.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e successive modifiche e integrazioni, la/il sottoscritta/o, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere nel caso di falsità in atti o dichiarazioni mendaci e delle sanzioni previste dall'art. 26 della citata legge n. 15/68 **dichiara:**

- di essere nata/o a _____ il _____;
- di essere residente (1) a _____ prov. _____ Cap _____;
- in _____ tel. _____;

Località dove intende esercitare la professione: _____

- Posta elettronica _____ cell. _____;
- PEC (Obbligatoria ai fine dell'iscrizione) _____;
- Di essere cittadina/o _____;
- Di aver conseguito il Diploma di Laurea in Ostetricia presso l'Università Degli Studi di _____; nell'anno accademico _____;

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



-
- di non aver riportato condanne penali;
 - di essere nel pieno godimento dei diritti civili.

Allega alla presente:

- **n. 2 fotografie** formato tessera;
- la fotocopia della ricevuta di pagamento della tassa di concessione governativa di **168,00 Euro** sul c/c postale 8003 intestato a: *Agenzia delle entrate - Centro operativo di Pescara - Tasse concessioni governative*. E' obbligatorio indicare sul retro la causale: "Iscrizione Albo Professionale Ostetriche".

Dichiara di aver effettuato il pagamento della quota di iscrizione annuale di **90,00 Euro + 75,00 Euro** di prima iscrizione attraverso Bonifico Bancario sul conto dell'Ordine c/o Banca Sella:

IBAN : IT 83 CIN: M ABI:03268 CAB: 01200 C/C: 053858799930

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".

Aosta, _____

Firma (2) _____

-
1. La/Il richiedente, qualora non risieda nella circoscrizione dell'Ordine, dovrà anche indicare nella domanda la località di detta circoscrizione nella quale intende esercitare la professione.
 2. La sottoscritta/o non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza dell'addetto alla ricezione della domanda, ovvero se questa sia presentata unitamente alla fotocopia di un documento d'identità dell'istante.