

APPLICARE
MARCA DA BOLLO
DA € 16,00

All'Ordine della Professione di
Ostetrica della Provincia di
SASSARI

Il/La sottoscritto/a ost./dott. _____

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 DI CERTIFICAZIONI, DICHIARA

1) di essere nato/a a _____ il _____

2) di essere residente in _____ Via _____ N. _____
telefono _____ e mail _____

3) di essere cittadino/a _____

4) codice fiscale: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

5) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di ostetrica/o avendo conseguito il seguente titolo di
studio _____ presso l'Università
di _____ in data _____

6) di essere regolarmente iscritto/a all'Albo delle ostetriche di _____
numero iscrizione _____ data di prima iscrizione _____

7) di aver eseguito i pagamenti dei contributi dovuti al suddetto Ordine

8) di avere il pieno godimento dei diritti civili e 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

9) di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali

Inoltre, a titolo di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, DICHIARA

1) di esercitare la professione di ostetrica nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine delle Ostetriche di:

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.

Da barrare esclusivamente nel caso in cui non abbia la residenza nella circoscrizione dell'Ordine presso il quale chiede il
trasferimento di iscrizione, e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.

Il/La sottoscritto/a dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine.

Si allega copia del documento di identità valido e del codice fiscale.

Luogo e data _____

Firma _____

Cancellare le voci che non interessano.

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.

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

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

Indicare luogo e data di conseguimento dell'abilitazione.

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.

SE LA DOMANDA CONTIENE ANCHE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA', 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 IDENTITA' O EQUIPOLLENTE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (Sono equipollenti alla carta di identità il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento rilasciate da un'amministrazione dello Stato, purché munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente).

PORTARE:

- N. 1 MARCA DA BOLLO DA EURO 16,00**
- DOCUMENTO D'IDENTITA'**
- CODICE FISCALE**