



**COLLEGIO PROVINCIALE DELLE OSTETRICHE
DELLA PROVINCIA DI COSENZA
ENTE DI DIRITTO PUBBLICO
ISTITUITO CON D.L. C.P.S. 13 SETTEMBRE 1946 N. 233
CORSO LUIGI FERA, 180 87100 COSENZA
TEL./FAX 0984/483664 E-Mail: ostetrichecs@libero.it
PEC: ostetrichecs@arubapec.it
Codice Fiscale 80000490781**

Marca da
bollo € 16.00

La/Il sottoscritta/o Ost. _____

C.F. _____

in possesso del titolo abilitante all'esercizio della professione di Ostetrica/o,

CHIEDE

Di essere iscritta/o all'albo professionale del Collegio delle Ostetriche della provincia di Cosenza

A tal fine, 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 a _____ prov. _____

Cap _____ via _____ n° _____

telefono _____ cellulare _____

Mail _____ PEC _____

- di essere cittadina/o _____

- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Ostetricia presso l'Università degli Studi di _____ in data _____

- di non aver riportato condanne penali

- di essere nel pieno godimento dei diritti civili

- che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione del Collegio

- di non essere impiegata nella pubblica amministrazione

- oppure di essere dipendente di _____

La/Il sottoscritta/o dichiara, inoltre:

- che il recapito dove chiede le vengano fatte le comunicazioni è il seguente:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione di residenza, settore d'impiego e cambiamento di qualifica

- di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Dlg. 196/2003

La richiedente, ai sensi delle disposizioni sopra richiamate, è avvertita di essere esposta, in caso di rilascio di dichiarazioni non veritiere o mendaci, all'eventualità di sanzioni penali nonché alla conseguenza della revoca dell'iscrizione all'albo.

Luogo e data _____

Firma _____

Allegare alla presente:

- Fotocopia documento di riconoscimento
- Fotocopia codice fiscale
- Copia Certificato di Laurea
- n° 1 foto formato tessera
- ricevuta versamento della tassa di Concessione governativa
- ricevuta versamento tassa di iscrizione
- ricevuta versamento quota annuale