



**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. _____

ai sensi e per gli effetti della legge n° 15/1968 e della legge n° 127/97 e successive modifiche e integrazioni, 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 essere abilitata/o all'esercizio della professione di ostetrica/o e di aver conseguito il Diploma di Laurea in Ostetricia presso l'Università Degli Studi di _____
in data _____

- di essere regolarmente iscritta/o all'albo del Collegio delle Ostetriche della provincia di _____
n° iscrizione _____

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti al Collegio di appartenenza

- di non aver riportato condanne penali

- di essere nel pieno godimento dei diritti civili

- di non avere procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza

E FA DOMANDA

di iscrizione all'albo professionale di codesto Collegio per trasferimento.

*A tal fine dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione del collegio.

La/Il sottoscritta/o dichiara, inoltre:

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

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti

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

N.B La/Il richiedente decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere

Luogo e data _____

Firma _____

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di riconoscimento

- n° 1 foto formato tessera

* Da sbarrare se l'interessata/o non ha la residenza nella circoscrizione del Collegio presso il quale chiede di trasferire la propria iscrizione, e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione