

**DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO AD ALTRO ORDINE**

(bollo da €. 16,00)

**Spett. ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA DELLA PROVINCIA DI SIRACUSA**

La/Il sottoscritta/o Ost. \_\_\_\_\_ codice fiscale n° \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

il trasferimento l'OPO delle Ostetriche di \_\_\_\_\_

**Ai sensi e per gli effetti della Legge n° 15/1968 e della legge n° 127/1997 e successive modifiche e integrazioni, la/il sottoscritta/o, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere nel caso di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci e delle sanzioni previste dall'art. 26 della citata Legge n. 15/1968,**

**dichiara:**

- di essere nata/o a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_;
- di avere in corso la pratica di trasferimento e residenza nel comune di \_\_\_\_\_;
- di essere dipendente presso \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito il diploma di ostetrica il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_, Provincia di \_\_\_\_\_;
- di essere iscritta/o all'Albo delle Ostetriche della Provincia di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'OPO di appartenenza;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non aver procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.

La /il sottoscritta/o dichiara inoltre:

- 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 della Legge 675/1966.

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**NB. Il Dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.**