

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE DELLE
OSTETRICHE E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

(In bollo da € 16,00)

Al Collegio Interprovinciale delle Ostetriche di Savona e Imperia

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

CHIEDE

Di essere iscritta/o nell'Albo delle Ostetriche della Provincia di _____
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. _____;
- indirizzo posta elettronica _____;
- di essere cittadina/o _____;
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Ostetricia presso l'Università Degli Studi di
_____ ; nell'anno accademico _____;
- di non aver riportato condanne penali;
- di essere nel pieno godimento dei diritti civili.

Allega alla presente n. 2 fotografie formato tessera e la fotocopia della tassa
di concessione governativa di € 168,00 sul c/c 8003.

Autorizzo espressamente il Collegio Interprovinciale delle Ostetriche Savona e
Imperia 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".

Roma, _____

Firma (2)

(1) La/Il richiedente, qualora non risieda nella circoscrizione del Collegio, 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.