



**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA  
INTERPROVINCIALE DI GENOVA E LA SPEZIA**

Marca da bollo 16€

La /il sottoscritta/o Ostetrica/o Dott.....

Iscritta regolarmente all'Ordine delle Ostetriche di.....

dal.....

**CHIEDE**

Il trasferimento di iscrizione all'Ordine della Professione Ostetrica Interprovinciale .  
di Genova e La Spezia

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445), ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445

**DICHIARA**

Di essere nato/a a .....

di essere residente in.....(Prov.....) cap .....

Via/Piazza ..... Cell.....

Mail..... CF.....

Di essere dipendente presso.....

Di aver conseguito il Diploma/Laurea in Ostetricia presso l'Università degli Studi di  
.....in data .....

Di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'ordine 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 tramite pecmail

qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti

Genova, .....

Il/La Dichiarante

Si allega copia CF, ultimo versamento tassa di iscrizione , una fototessera