



DOMANDA DI TRASFERIMENTO (compilare in stampatello)

La / Il Sottoscritta/o (cognome/nome)

Codice Fiscale

già iscritta all'Albo della Professione di Ostetrica

alla posizione n.

CHIEDE

Il trasferimento all'Albo dell'Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Verona.
A tale fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28.12.2000 n. 445)

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di Prov.
Via numero C.A.P.
Frazione
- (se diverso da residenza)
Di essere domiciliata/o nel Comune di Prov.
Via numero C.A.P.
Frazione
- Tel. Fisso Cellulare
- e-mail
- p.e.c.
- di essere in regola con le quote di iscrizione all'Albo dell'Ordine di provenienza
- di non avere procedimenti disciplinari pendenti

Verona,

Firma della / del richiedente

.....

.....

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art 3. Comma 10 legge 127/97)
(firmare al momento della presentazione se presentato a mano)



ALLEGA alla presente:

1. Due foto formato tessera uguali e recenti, una delle quali verrà legalizzata ai sensi dell'art. 34 DPR 445/2000 da parte dell'Ordine, mentre l'altra verrà apposta sul tesserino;
2. Copia della carta di identità/passaporto con l'apposizione in calce dell'attestazione della conformità all'originale, ai sensi dell'art. 19-bis del DPR 445/2000, esente dall'imposta di bollo (art. 37 DPR 445/2000);
3. Copia del Codice Fiscale;
4. Ricevuta delle spese di segreteria