

DOMANDA DI ISCRIZIONE

CONTESTUALE: AUTOCERTIFICAZIONE – INFORMATIVA PRIVACY – ATTIVAZIONE PEC

inserire marca
da bollo di 16€

Posta Ordinaria

All'Ordine Interprovinciale della Professione Ostetrica
di ASCOLI PICENO e FERMO

Via delle Torri 43 63100 Ascoli Piceno

o

PEC

ostetricheapfm@arubapec.it

La/Il sottoscritta/o _____ C.F. _____;
(cognome e nome)

in possesso del titolo abilitante all'esercizio della professione di Ostetrica/o,

CHIEDE

Di essere iscritta/o all'Ordine Interprovinciale della Professione Ostetrica di ASCOLI PICENO e FERMO.

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole altresì di incorrere nella decadenza dei benefici conseguiti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000)

DICHIARA:

- di essere nata/o a _____ il _____;
- di essere residente (1) a _____ prov. _____ Cap _____;
in (via, p.za, fraz.) _____ tel. _____;
cell. _____
- posta elettronica mail _____ PEC (2) _____;
- 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 domanda:

- n. 2 fotografie formato tessera o 1 immagine in jpg (qualora la domanda fosse inoltrata per PEC)
- fotocopia della tassa di concessione governativa di € 168,00 sul c/c 8003
- copia pagamento quota iscrizione di 104 € avvenuta attraverso il sistema pagoPa nelle modalità descritte nella sezione procedure
- Titolo o autocertificazione del titolo,
- Fotocopia fronte retro di documento di identità valido (Carta di identità o passaporto)
- Informativa trattamento dati.

Allega, qualora la domiciliazione professionale fosse diversa dal luogo di residenza:

- Autocertificazione domiciliazione

Data _____

Firma (3) _____

-
- (1) La/Il richiedente, qualora non risieda nella circoscrizione dell'Ordine, dovrà anche indicare nella domanda la località di detta circoscrizione nella quale intende esercitare la professione compilando apposito modulo di autocertificazione (allegato 3).
 - (2) Qualora non si fosse in possesso della pec inviare contestualmente **modulo per l'attivazione della pec**, compilato in tutte le sue parti.
 - (3) 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 oppure inviata per pec ostetricheapfm@arubapec.it apposta su documento d'identità valido (passaporto, carta di identità)