

**COLLEGIO DELLE OSTETRICHE DELLA
PROVINCIA DI BOLZANO**

39100 BOLZANO –

Via Maso della Pieve 4A, interno 7

Cod. fisc. n. 8001 1570217

Tel/ Fax : +39 0471 28 06 47

<http://www.ostetriche.bz.it>

e-mail: info@ostetriche.bz.it



**KOLLEGIUM DER HEBAMMEN DER
PROVINZ BOZEN**

39100 BOZEN –

Pfarrhofstraße 4A, intern 7

Steuer-Nr. 8001 1570217

Tel/ Fax : +39 0471 28 06 47

<http://www.hebammen.bz.it>

e-mail: info@hebammen.bz.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO AD ALTRO COLLEGIO

(marca da bollo da 16,00 €)

**Spett. Collegio Ostetriche
Della Provincia di Bolzano**

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

chiede

Il trasferimento all'ALBO delle Ostetriche di

Ai sensi e per gli effetti della Legge n°15/1968 e della Legge n°127/97 e successive modificazioni ed integrazioni, la/il sottoscritta/o, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 n°15/68),

DICHIARA

di essere nata/o a.....Prov.....il.....

di essere residente a (CAP, Comune).....Prov.....

in via.....N°.....

di avere in corso la pratica di trasferimento e residenza nel Comune di.....

di avere conseguito il Diploma/la Laurea in Ostetricia il presso l'Università dei Studi

di..... Provincia di.....

di essere iscritta/o all'albo della Ostetriche della Provincia dial n°.....

di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti al Collegio di appartenenza

di non aver riportato condanne penali

di non aver procedimenti disciplinari in pendenza

La/il sottoscritta/o dichiara inoltre:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti;
- di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

Data.....

Firma:

N.B. Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.