*Marca da bollo*

*da € 16.00*

Allegato a

**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA DI SALERNO**

DOMANDA DI ISCRIZIONE

La sottoscritta ………………………………………………….., in possesso del titolo abilitante all’esercizio della professione di Ostetrica,

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTA

all’Ordine della Professione Ostetrica di Salerno

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 2 della Legge 4 gennaio 1968 n° 15 e successive modifiche e integrazioni, la sottoscritta, consapevole della responsabilità penale in cui può ricorrere nel caso di falsità in atti o dichiarazioni mendaci e delle sanzioni previste dall’art. 26 della citata Legge 15/68, dichiara:

* Di essere nata a …………………………………………………… il …………………….
* Di essere residente a ……………………………………cap…………. Prov. ……….

Via…………………………………………………………………………………………………

* Di avere il domicilio presso……………………………………………………………….

(compilare se diverso dalla residenza)

* Codice fiscale ………………………………………………………………………………….
* Telefono …………………………..……………………………………………………………
* Di essere cittadina ………………

(indicare la nazionalità)

* Indirizzo mail ………………………………………………….……………………………….
* Indirizzo pec ……………………………………………………………………………………

Luogo e data …………………….. Firma …………………………………………..