Al Presidente dell’Ordine della Professione di Ostetrica

della Provincia di Salerno Via Clemente Mauro, 13 – 84123, Salerno

La/il sottoscritta/o……………………………………………………………………………………............................

Nata/o a…………………………………………….il……………………………………………….………………….

Residente a …………………………………………..alla via…………………………………………..…………....

Recapito telefonico……………………………….cellulare………….………..…….e.mail………………………...

Iscritta/o all’Albo di……… ………………………………dal……………….al N°…………………………………

CHIEDE IL TRASFERIMENTO PRESSO L’ORDINE DELLE OSTETRICHE DI SALERNO.

Per i seguenti motivi:………………………………………………………………………........................................

Luogo e Data ….…………………

In fede.

………………………………..