



Ordine della Professione Ostetrica della Provincia di Bologna
Presidente Ostetrica Tinti Dott.ssa Sara

**Domanda di iscrizione all'Albo Professionale delle Ostetriche della
Provincia di Bologna
(in carta da bollo legale)**

Spett.le Ordine della Professione Ostetrica della Provincia di Bologna
La/Il sottoscritta/o _____ C.F. _____
in possesso del titolo abilitante all'esercizio della professione di Ostetrica/o,

chiede

di essere iscritta/o nell'Albo Professionale delle Ostetriche della Provincia di Bologna.
Ai sensi e per gli effetti dell'articolo n° 2 della legge 4 gennaio 1968, n° 15, e successive
modifiche e integrazioni, la/il sottoscritta/o, consapevole della responsabilità penale in cui
può incorrere nel caso di falsità in atti o dichiarazioni mendaci e delle sanzioni previste
dall'articolo n° 26 della citata legge n° 15/68,

dichiara

- 1) di essere nata/o a _____ il _____
 - 2) di essere residente a _____ provincia _____
via _____ n° _____ CAP _____ t el. _____
indirizzo posta elettronica _____
 - 3) di essere cittadina/o _____;
 - 4) di aver conseguito il Diploma di Laurea in Ostetricia presso l'Università degli Studi di
_____ nell'anno accademico _____
 - 5) di non aver riportato condanne penali;
 - 6) di essere nel pieno godimento dei diritti civili.
- Allega alla presente n° 2 fotografie formato tesser a, copia della ricevuta di pagamento
della tassa
di concessione governativa (€ 168,00 sul c/c 8003)

Bologna, _____

Firma _____

Via Zanardi 403/22 – 40131 Bologna

Tel./Fax 0516350241 cell. 3334263183 - www.ostbo.eu E-mail bologna@ostbo.eu