



**Ordine della Professione di Ostetrica
di Agrigento – Caltanissetta - Enna**
Via Mazzini, 167 - AGRIGENTO
e-mail: ostetricheag.cl@gmail.com
ostetricheag.cl@pec.it
www.collegiostetricheagcl.com

**Al Presidente dell'Ordine della Professione di Ostetrica
Interprovinciale di Agrigento, Caltanissetta e Enna**

Marca da bollo euro 16,00

Il/la sottoscritto/a _____
Cod. fisc. _____,
in possesso del titolo abilitante all' esercizio della Professione Ostetrica.

CHIEDE

di essere iscritto/a all'Albo Professionale di Agrigento, Caltanissetta e Enna

A tal punto ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della legge 4 Gennaio 1968, n° 15 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere nel caso di falsità in atti o dichiarazioni mendaci e delle sanzioni previste dall' art. 26 della citata legge dichiara:

- ✓ di essere nato/ in _____ prov. _____, il ____ / ____ / _____
- ✓ di essere residente a _____ prov. _____
in Via _____ n° _____
CAP _____ tel _____ cell. _____
e-mail _____
PEC _____
domiciliato a _____ via _____ n° _____
- ✓ -di essere cittadino/a italiano/a;
- ✓ di aver conseguito il Diploma di Scuola superiore _____
- ✓ di avere conseguito la Laurea in Ostetricia in data: _____
Presso l'Università degli studi: di _____ nell' A.A. _____
- ✓ di non aver riportato condanne penali;
- ✓ di essere nel pieno del godimento dei diritti civili.

Dichiara e sottoscrive, inoltre, di avere il possesso dei requisiti richiesti dalle normali certificazioni e di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti civili.

Allega alla presente:

- N.2 fotografie formato tessera;
- Fotocopia documento d'identità;
- Fotocopia codice fiscale;

- Fotocopia Certificato di Laurea;
- Ricevuta versamento di Euro **168,00** sul **c.c. postale n. 8904 intestato a Ufficio Tasse e concessioni governative Regione Sicilia** (*ai sensi del D.L.31/01/05 n. 7*);
- Ricevuta versamento di euro **25,82** sul c.c. bancario **IT91U0306909606100000414430** dell'**Ordine Interprovinciale della Professione di Ostetrica di Agrigento, Caltanissetta e Enna – causale: TASSA ISCRIZIONE ALBO**
- Ricevuta versamento di euro **80,00** sul c.c. bancario **IT91U0306909606100000414430** dell'**Ordine Interprovinciale della Professione di Ostetrica di Agrigento, Caltanissetta e Enna – causale: QUOTA ALBO 2026 NOME E COGNOME**

Agrigento ____/____/____ Firma _____