



**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA INTERPROVINCIALE  
DI RIMINI, FORLÌ-CESENA**

Via Covignano, 51 - 47923 RIMINI - Tel./Fax 0541.777784  
e-mail: collegioostetrichernfc@virgilio.it - pec: ostetriche.rnfc@sicurezzapostale.it

## **Elenco documenti per l'iscrizione all'Albo Professionale dell'Ordine delle Ostetriche di RN-FC**

- domanda d'iscrizione all'Albo Professionale con marca da bollo da € 16,00 (vedi facsimile);
- n. 2 fotografie formato tessera; - fotocopia autenticata del Diploma di Ostetrica o certificato sostitutivo (in mancanza produrre autocertificazione specificando data e luogo di conseguimento del diploma di Laurea);
- fotocopia del codice fiscale e di un documento di identità valido alla data dell'iscrizione;
- ricevuta comprovante il pagamento della tassa erariale di € 168,00 (verificare con l'ufficio postale dove hanno i bollettini precompilati) per tasse concessioni governative sul c.c.p. n. 8003 Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara - causale: iscrizione Ordine Interprovinciale Ostetriche Rimini, Forlì e Cesena;
- per il pagamento della quota d'iscrizione annuale contattare la segreteria dell'Ordine (0541-777784 oppure tramite mail: collegioostetrichernfc@virgilio.it) che emetterà il bollettino.

Per le successive quote annuali verrà recapitata comunicazione all'iscritto tramite mail e pec con l'allegato bollettino per il versamento.

Qualsiasi eventuale variazione riferite al domicilio, residenza, mail o pec dovranno essere comunicate tempestivamente alla segreteria dell'Ordine.

ALL'ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA  
INTERPROVINCIALE di RIMINI e FORLI'-CESENA Via  
Covignano, 51 47923 Rimini

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_,  
nata/o a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, Via /P.zza  
n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,  
cell. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere iscritta/o nell'Albo dell'Ordine delle Ostetriche di Rimini, Forli'-Cesena. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della Legge 4 gennaio 1968 n. 15 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace,

### DICHIARA

- 1) di essere nata/o a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_
- 2) di essere residente a \_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_  
; in via / piazza \_\_\_\_\_
- 3) di essere cittadina/o \_\_\_\_\_
- 4) di godere dei diritti civili;
- 5) di essere in possesso del seguente titolo di studio (di cui si allega copia conforme):  
\_\_\_\_\_, conseguito in data \_\_\_\_\_  
con votazione \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_
- 6) di non avere riportato condanne penali e/o di non avere procedimenti penali in corso
- 7) di essere in possesso di partita iva n. \_\_\_\_\_

**A tal scopo allega:**

- a) fotocopia autenticata del diploma di ostetrica o certificato sostitutivo;
- b) fotocopia codice fiscale e documento di identità in corso di validità
- c) n. 2 fotografie formato tessera
- d) ricevuta bollettino di C/C postale comprovante il pagamento della tassa erariale di € 168,00 per tassa concessioni governative;
- e) pagamento del bollettino della quota d'iscrizione annua emesso dalla segreteria di codesto Ordine.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma