



Ordine Interprovinciale della Professione Ostetrica della Provincia di Modena e Ferrara

Sede dell' Ordine
41125 MODENA – Via F. Rosselli 150/M
tel. e fax 059/5801584
e.mail: ordineostetriche.mo@libero.it
ordineostetriche.mo@pec.it
sito internet: www.ordineostetrichemodena.it

PROSPETTO INFORMATIVO ADEMPIMENTI PER L'ISCRIZIONE NELL'ALBO PROFESSIONALE

1. La domanda d'iscrizione deve essere compilata su foglio con marca da bollo di € 16,00
2. La/il richiedente deve avere la residenza nella Provincia di Modena. Se residente in altra Provincia deve chiedere l'iscrizione all'Ordine delle Ostetriche competente.
3. La domanda deve essere sottoscritta alla presenza dell'addetto al ricevimento della stessa. Nel caso di presentazione a mezzo servizio postale o di un incaricato, alla domanda deve essere allegata fotocopia di un documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.
4. Come risulta dal fac-simile allegato, nella domanda può essere inclusa la DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEI CERTIFICATI e di altri DOCUMENTI necessari per l'iscrizione all'Albo Professionale.
Pertanto l'interessato, nel contesto della domanda, può dichiarare:
 - luogo e data di nascita;
 - Codice Fiscale (si consiglia di allegare fotocopia del tesserino del Codice Fiscale);
 - residenza;
 - cittadinanza;
 - l'assenza di condanne penali e carichi pendenti;
 - il godimento dei diritti civili;
 - il possesso del TITOLO di studio che lo abilita all'esercizio della professione di Ostetrica/o.
5. Resta ferma la facoltà dell'interessato di presentare spontaneamente tutta la documentazione richiesta per l'iscrizione.
6. Alla domanda d'iscrizione devono essere allegate:
 - due fotografie formato tessera
 - **attestazione del versamento della Tassa di Concessione Governativa di € 168,00 su c/c postale n. 8003.** Sul bollettino, reperibile presso gli uffici postali, è obbligatorio indicare la causale: "Iscrizione all'Albo Professionale delle Ostetriche" e riportare il codice di riferimento (V/sul retro del bollettino 8617). Poiché nel rispetto della normativa vigente l'interessato, avuta notizia dell'accoglimento della domanda da parte del Consiglio Direttivo, deve esibire la ricevuta, si consiglia di allegare la parte del bollettino postale attestante il versamento effettuato.
 - scheda autorizzazione e raccolta dati, allegata alla presente,
7. L'importo di € 30,50 per diritti di segreteria deve essere versato ad avvenuta iscrizione per delibera di Consiglio, che sarà comunicata tramite email seguendo le istruzioni riportate sul bollettino pagoPA che riceverà allegato alla MAIL.

8. **La quota di iscrizione pari a € 140,00 dovrà essere pagata solo dopo aver ricevuto via mail PEC il bollettino pagoPA che riceverà ad inizio giugno.**

9. La segretaria dell'Ordine è autorizzata all'accoglimento delle domande ed è a disposizione degli interessati nei giorni: Martedì 9.00 - 13.00

Verificare eventuali aggiornamenti sul sito internet dell'ordine.

10. Ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96, si informa che i dati personali obbligatoriamente richiesti per l'iscrizione nell'albo sono raccolti e detenuti nella sede dell'Ordine, in conformità al DLCPS 13 settembre 1946 n. 233 e al DPR 5 aprile 1950 n. 221 al solo fine dell'espletamento dei compiti ivi previsti.

**SCHEMA DI DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE
E CONTESTUALE DICHIARAZIONE**

(in bollo da € 16,00)

ALL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA
PROFESSIONE OSTETRICA DELLA
PROVINCIA DI MODENA E FERRARA

La/il sottoscritta/o, in possesso del titolo abilitante
all'esercizio della professione di Ostetrica/o

CHIEDE

di essere iscritta/o nell'Albo Professionale Interprovinciale della professione Ostetrica della Provincia di Modena e Ferrara.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e successive modifiche ed integrazioni e dell'art. 46 del D.P.R. N. 445/2000, 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 n. 15/68

DICHIARA

- di essere nata/o a il
- di avere il seguente Codice Fiscale:
- di essere residente a, cap Prov.
in via/c.so/p.za
- Tel/fax cell.....
e.mail
- di essere cittadina/o
- di avere conseguito la Laurea in Ostetricia presso l'Università degli Studi di
..... in data
- di non avere riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali in corso;
- di essere nel pieno godimento dei diritti civili;
- la insussistenza di carichi pendenti.

Allega alla presente due fotografie formato tessera e copia del tesserino del Codice Fiscale.

(luogo e data)

(firma)

.....

DICHIARA, inoltre, di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96, i dati personali obbligatoriamente richiesti per l'iscrizione nell'albo sono raccolti e detenuti nella sede dell'Ordine, in conformità al DLCPS 13 settembre 1946 n. 233 e al DPR 5 aprile 1950 n. 221 al solo fine dell'espletamento dei compiti ivi previsti.

(luogo e data)

(firma)

.....

La FNOPO ha chiesto la verifica e l'integrazione dei dati degli iscritti nell'Albo professionale nel rispetto delle normative vigenti tramite precise disposizioni. Si chiede pertanto a TUTTI GLI ISCRITTI di compilare ed inoltrare alla segreteria dell'Ordine il seguente modulo per l'AUTORIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI con le informazioni richieste rispettando le seguenti indicazioni per la compilazione:

e-mail: comunicare e verificare il proprio indirizzo di posta elettronica;

PEC: verrà fornita dall'Ordine dopo l'iscrizione.

Anno di 1^ iscrizione: per gli iscritti trasferiti da altri Ordini

Titolo abilitante, inserire: DI se diploma di scuola di ostetricia
DU se diploma universitario di ostetrica
L se laurea in ostetricia
EE se titolo abilitante conseguito in paese estero.

Nel caso in cui un iscritto abbia conseguito più Titoli abilitanti (per es. Diploma + Laurea) riportare la sigla del primo + il secondo (nell'es. DI+L)

Laurea magistrale: inserire S se conseguita Laurea specialistica in scienze infermieristiche ed ost.
inserire N in caso contrario

Master: inserire S se frequentato Master
inserire N in caso contrario

Settore d'impiego, inserire: OS dipendente ospedaliero
TE dipendente SSN territorio
LP libero professionista
SSNLP dipendente SSN 50% e attività Libero professionale 50%
CP dipendenti cliniche private
IP ostetriche che esercitano la professione infermieristica
CU dipendenti universitari
PE pensionati
DI disoccupati
VA attività diversa

All'Ordine delle Ostetriche di Modena

Il/La sottoscritto/a, nato/a a
il, iscritto/a all'Albo Professionale Interprovinciale della professione Ostetrica della Provincia di Modena e Ferrara, con la presente presta consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del 4° comma art. 61 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e succ. integrazioni e modifiche. In particolare presta consenso a che vengano fornite a terzi notizie o informazioni relative in particolare a speciali qualificazioni professionali non menzionate nell'albo, ovvero alla disponibilità ad assumere incarichi o a ricevere materiale informativo a carattere scientifico.

Tel.

e.mail

e.mail PEC (posta elettronica certificata)

anno di 1^ iscrizione

titolo abilitante

Laurea Magistrale luogo e data

Master

Settore d'impiego

Data

Firma