



2. di essere iscritta/o presso l'Albo del Collegio di \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

di essere iscritto/a all'Albo Professionale della Professione di Ostetrica di questa Provincia;

**ALLEGA ALLA PRESENTE:**

1. FOTOCOPIA CARTA DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'
2. FOTOCOPIA CODICE FISCALE
3. N° 1 FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA

*La/Il sottoscritta/o dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione delle finalità di cui all'informativa.*

*La/Il sottoscritto autorizza codesto Ordine provinciale al trattamento di tali dati personali, che non saranno utilizzati a fini divulgativi, ma esclusivamente per comunicazioni istituzionali e professionali.*

Ragusa li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(FIRMA)

**NOTE**

**a)** Gli iscritti all'Albo hanno l'obbligo di comunicare alla Segreteria del Collegio, ogni variazione dell'indirizzo di residenza, domicilio professionale, numero di telefono, indirizzo email e pec, indispensabili ai fini della reperibilità e per l'invio delle comunicazioni.

**b)** Le domande di cancellazione dall'Albo vanno presentate prima della compilazione del ruolo di pagamento della quota di iscrizione per l'anno successivo e quindi entro **la fine del Mese di Novembre di ogni anno**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_