

**ENTRO IL 25 GENNAIO 2021**

Prot. n. ....  
del ...../...../.....

Spett.le FNOPO  
[presidenza@pec.fnopo.it](mailto:presidenza@pec.fnopo.it)

Oggetto: **autocertificazione numero iscritti a ruolo anno 2020.**

Ai sensi dell'art. 47 e dell'art.76 D.P.R. 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci la/il sottoscritta/o .....

nata/o a....., il ...../...../..... e residente in .....

Via .....n. .... C.A.P. ....

Codice Fiscale .....

Tel. .... Fax ..... Cell. ....

Email ..... P.E.C. ....

**in qualità di**  Presidente  Vicepresidente dell'Ordine  Regionale  Provinciale  Interprovinciale delle Ostetriche  
di .....

**DICHIARA**

- che gli **ISCRITTI** all'Ordine **alla data del 31/12/2020** sono n. .... (in lettere .....);

- **che i NUOVI ISCRITTI nel corso dell'anno 2020, compresi nel dato di cui sopra, sono n. ....**  
(in lettere .....) **DI CUI n. ....**

(in lettere .....) **PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE;**

- che **alla data 31/12/2020** sono state effettuate n. .... (in lettere .....)  
**CANCELLAZIONI.**

Ai fini di quanto sopra

- allego copia di documento di riconoscimento in corso di validità**  
 **chiedo di fare riferimento al documento già inviato alla FNOPO in data .....**

In fede. La/Il  Presidente  Vicepresidente

Data: ...../...../.....  
.....  
(Firma leggibile e timbro dell'Ordine)

La/Il sottoscritta/o **DICHIARA** di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

La/Il sottoscritta/o, ai sensi del D. Lgs. 196/03 come modificato dal D. Lgs. 10/8/2018, n. 101 **ACCORDA IL CONSENSO** affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge e dei regolamenti della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica.

Data ...../...../..... Il Dichiarante .....