

Bollo
€ 16,00

Spazio riservato alla segreteria dell'Ordine

Domanda di Trasferimento da altra regione
all'Albo degli Assistenti Sociali della Basilicata

All'Ordine Regionale degli Assistenti
Sociali della Basilicata
Via della Chimica, 61
85100 POTENZA

e p.c. All'Ordine Regionale degli
Assistenti Sociali della Regione

..... I..... sottoscritt....., nat..... a
..... Prov..... il,

CHIEDE

di essere iscritt..... nella Sezione **A B** **dell'Albo degli Assistenti Sociali della Regione Basilicata**, per
trasferimento dall'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione

..... I..... sottoscritt....., inoltre, consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del D.P.R. 445/2000 del
28/12/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

a titolo di dichiarazione sostitutiva di certificazioni (art. 46 d.p.r. 445 /2000)

1. di essere residente a Prov. CAP
in Via (*)
Tel. N° (*) Cell (*)
indirizzo e-mail
- di avere il seguente numero di codice fiscale
- di essere cittadin..... (indicare la nazionalità);
2. di essere di buona condotta morale e civile;
3. di non aver riportato condanne penali;
4. di non avere condanne passate in giudicato per delitti che comportino l'interdizione dalla professione;
5. di non aver presentato domanda di Trasferimento presso l'Albo degli Assistenti Sociali di altre
Regioni;
6. di essere in possesso di laurea in Servizio Sociale conseguito presso l'Università degli Studi di
..... in data
..... con voti *

(o in alternativa per i possessori di titolo di studio vecchio ordinamento)

Firma

7. di essere in possesso di Diploma *di Assistente Sociale* conseguito presso la scuola con sede in in data con voti
8. di aver conseguito la convalida presso l'Università degli Studi di nell'anno
(o in alternativa)
9. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Assistente Sociale presso l'Università degli Studi di nella (prima o seconda) sessione dell'anno
10. di essere in regola con il versamento delle Tasse regionali di cui all'Art. 190 R.D. 1592/1933 e successive modificazioni ed integrazioni per il rilascio del titolo di abilitazione (solo per coloro che hanno sostenuto l'esame di abilitazione presso una Università degli Studi);

DICHARA

a titolo di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, (Art. 47 D.P.R. 445/2000):

- di essere iscritt presso l'Ordine degli Assistenti Sociali del con anzianità al N° della Sezione
- di essere in regola con i contributi annuali di iscrizione all'Albo a tutto il (anno)

Dichiara inoltre

(barrare la voce che interessa):

- di non essere pubblico dipendente;
- di essere pubblico dipendente presso
non autorizzato all'esercizio della libera professione;
- di essere pubblico dipendente presso
autorizzato all'esercizio della libera professione (allegare autorizzazione dell'Ente);
- di essere pubblico dipendente presso
con rapporto di lavoro a tempo parziale e quindi autorizzato all'esercizio della libera professione;
- di essere pubblico dipendente nel SSN presso
autorizzato all'esercizio della libera professione (allegare fotocopia autorizzazione);
- si impegna a **segnalare tempestivamente**, nei modi dovuti, qualsiasi **variazione di residenza** e/o domicilio, modifica o perdita di diritti, **modifica dello status lavorativo**;

Allega, anche ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del d.p.r. 445/2000, i seguenti documenti:

- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Fotocopia tesserino del codice fiscale (*);

(*) facoltativo ma importante

Luogo e Data

Firma

.....