

Richiesta certificato di iscrizione

Marca
da bollo
€ 16,00

Spett.le **Ordine Assistenti Sociali**
Consiglio Regionale del Molise
Via Mazzini, 88 86100
CAMPOBASSO Tel./Fax
0874/484879
e-mail: info@oasmolise.it

Il/La sottoscritto/a

Nome:

Cognome:

Nato/a a:

il:

Residente a:

Via:

Provincia:

C.A.P.:

Numero telefono:

Numero cellulare:

Numero fax:

Indirizzo posta elettronica:

regolarmente iscritto/a nella sezione _____ dell'Albo Professionale degli Assistenti Sociali della Regione Molise al n. _____ dal ____/____/____

Chiede

il rilascio dell'attestato di iscrizione all'Albo Professionale degli Assistenti Sociali della Regione Molise.

In fede

(Luogo e data)

(Firma)

N.b.

- Ai sensi del D.P.R. 642/1972 è indispensabile allegare marca da bollo di Euro 14,62;
- il rilascio del certificato di iscrizione comporta il pagamento dei Diritti di Segreteria pari ad € 3,60 per le urgenze ed € 2,60 per le non urgenze;
- il certificato rilasciato ha la validità di mesi 6;
- lo stato di iscrizione all'Albo Professionale è autocertificabile ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.