

**Istanza di iscrizione nella Sezione A
dell'Albo degli Assistenti Sociali della Regione Molise**

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
P.E.C. info@pec.oasmolise.it

Il/La sottoscritto/a

Nome:

Cognome:

--	--

Chiede

Di essere iscritto/a alla Sezione A dell'Albo Professionale degli Assistenti Sociali della Regione Molise.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

Dichiara

Luogo di nascita:

Data di nascita:

--	--

Codice Fiscale:

Cittadinanza:

--	--

Residente a :

Via:

--	--

Provincia:

C.A.P.:

--	--

Numero telefono:

Numero cellulare:

--	--

Indirizzo P.E.C.

Indirizzo posta elettronica:

--	--

Domicilio effettivo (non compilare se uguale alla residenza) Presso (cognome se diverso dal proprio):

Stato:

--	--

Comune:

Via:

--	--

Provincia:

C.A.P.:

--	--

Numero telefono:

Numero Cellulare:

--	--

Numero fax:

Indirizzo posta elettronica:

--	--

di essere in possesso di Laurea triennale di Primo Livello in Servizio Sociale, conseguita presso:

--

In data:

--

di essere in possesso di Laurea Specialistica/Magistrale in: _____

_____(Classe 57/S – LM/87)

Conseguita presso:

--

In data:

--

di essere in possesso dell'Abilitazione all'esercizio della Professione di Assistente Sociale conseguita mediante Esame di Stato (L. 84/1993 e D.M. 23/07/1993): Sostenuto presso:

--

In data:

--

di non aver presentato domanda di iscrizione ad altro Ordine Professionale Regionale degli Assistenti Sociali; di non aver subito condanne passate in giudicato per reati comportanti l'interdizione dalla Professione di Assistente Sociale; di non essere stato già radiato dall'Albo professionale degli Assistenti Sociali.

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione di domicilio – residenza e telefonica.

Allega alla presente

- ☐ copia del titolo di studio;
- ☐ copia dell'Attestato di Abilitazione all'esercizio della professione;
- ☐ ricevuta del versamento della Tassa di Concessione Governativa sul **c.c.p. n. 8003** intestato a **Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara – Tasse Concessioni Governative** – Causale: Tassa iscrizione Albo professionale, pari ad **€ 168,00**;
- ☐ ricevuta del versamento della Tassa di Iscrizione sul **c.c.p. n. 10704864** intestato a **Ordine Professionale degli Assistenti Sociali della Regione Molise** – Causale: Contributo Prima Iscrizione, pari ad Euro: **€ 135,00**;
- ☐ copia non autentica del proprio documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3 del
- ☐ D.P.R. 445/2000;
- ☐ modulo debitamente firmato per il consenso al trattamento dei dati personali.

In fede

(Luogo e data)

(Firma)