

## **REGISTRO NAZIONALE** **delle Professioni Sanitarie e SocioSanitarie Migep**

### **DOCUMENTI NECESSARI PER L'ISCRIZIONE** **DA CONSEGNARE**

- **COMPILARE IN OGNI SUA PARTE IL MODULO DI ISCRIZIONE**

**€ 32,00 anno solare**

**Intesa Sanpaolo n° conto c/c 116053, IBAN IT 40 W030 6909 6061 0000 0116 053**

INVIARE TUTTO A [migep2001@libero.it](mailto:migep2001@libero.it)

**REGISTRO NAZIONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE MIGEP**

IL/LA sottoscritt a Biscontin Miriam presenta domanda di iscrizione al Registro della Professione puericultrice Nazionale istituito dalla Federazione Migep. Dichiaro/a che la struttura del Registro Professionale tenuta dal Migep "Federazione delle Professioni Sanitarie e Socio-Sanitarie" ha rilevanza operativa nazionale e risponde ai requisiti di iscrizione attraverso una quota associativa.

▼ ( specificare la qualifica di appartenenza )

Di appartenere alla seguente categoria Puericultrici

A tale fine dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze di natura civile e penale in cui può incorrere in casi di dichiarazioni false o mendaci, che la presente dichiarazione corrisponde al vero. ai sensi dell'art 26, 1° comma e dell'art 2 legge 15-01-1968 n° 15, come modificato dall'art 3 comma 1-2-3-4-11, art 2 comma 1-3-4-7 legge 15-05-1997 n° 127, ed in base al 3° comma art 11 D.P.R. 403/98 e successive modificazioni. Qualora da controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

1. Di essere nat A il 02-05-1992 a pordenone prov PN

2. Di essere residente in Summaga di Portogruaro prov VE

V. / P.ZA/ F.NE / C.SO/ via casai del taù MI n° 54 int.  cap. 30026

3. Di essere cittadin. a italiana

( specificare la qualifica di appartenenza ) ▼

4. Di essere in possesso dell'attestato di abilitazione all'esercizio professionale di puericultrice dal 02-02-2022

5. Sbarrare la voce interessata

- Di non aver riportato condanne penali  
 Si ( in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria ) \_\_\_\_\_

6. Numero di codice fiscale BSCMRM92E42G888S

7. N° telefonico 3487169577 e mail miriam.biscontin@gmail.com

8. Di essere Pensionata/o e di prestare servizio  si  no presso \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

9. Di essere libero professionista  si  no presso \_\_\_\_\_ di essere disoccupato

10. Di essere dipendente presso

- l'Asl n° \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_  
 l' Azienda \_\_\_\_\_  
 Struttura Privata \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

11. Per chi lavora sul territorio e ambulatori decentrati (specificare in quali servizi decentrati si opera )

Territorio/ Servizi Decentrati \_\_\_\_\_ Dell'H \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Autorizza/o codesta Federazione M.I.G.E.P. al trattamento dei propri dati personali in base all'art 13 del Dlgs 196/2003 (codice privacy) e del art 13 del nuovo regolamento (UE) 2016/679 GDPR – DLGS 51/2018. Dichiarazione resa e sottoscritta da persona maggiorenne che e' già a conoscenza delle proprie responsabilità penali in caso di dichiarazioni false secondo quanto disposto dall'art 26 della L. 15/68.



Facciamoci sentire  
**STATI GENERALI**  
DELLA PROFESSIONE  
DELLE PUERICULTRICI



**MODULO DI ISCRIZIONE**  
**STATI GENERALI**  
**DELLA PROFESSIONE PUERICULTRICE**

Data **14/02/2023**

Il/LA Dichiarante *Antal Klinec*