

PRIMA ISCRIZIONE ()
ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO ()
REISCRIZIONE ()

Marca da bollo da €
16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALBO DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI ORISTANO

Informativa ai sensi dell'art.13 D.Lgs.196/2003

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946 DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da Leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal D.Lgs.196/2003. Ai sensi dell'art.7 e 8 del D.Lgs.196/2003 i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi a

All'Ordine dei Medici Veterinari della provincia di **ORISTANO**

Il sottoscritto/a Dott/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'Albo dei Medici Veterinari di codesto Ordine

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere, ai sensi degli artt. 46,47,75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

- di essere nato a _____ prov. _____ il _____
 - residente a _____ prov. _____ cap _____
 - in via _____
 - codice fiscale _____
 - tel. _____ cell. _____
 - e-mail _____ pec _____
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina Veterinaria il _____
presso l'Università degli Studi di _____
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ dell'anno _____
presso l'Università degli Studi di _____

- Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- Di non aver riportato condanne penali che non sono soggette ad iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- Di non aver riportato condanne penali;
(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. Includere le sentenze di patteggiamento)
- Di godere dei diritti civili;
- Di non essere interdetto inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

Iscrizione per trasferimento

Il sottoscritto dichiara:

- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____
- Di avere la prima iscrizione all'Ordine dei Medici di _____ dal _____
- Di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti;
- Di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine ed all'ENPAV;

Reiscrizione

Il sottoscritto dichiara:

- Di essere stato iscritto all'Ordine dei medici di _____ dal _____
- Di non essere stato cancellato per morosità ed irripetibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale;

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC.

Data _____

(*)FIRMA _____

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ordine dei **Medici Veterinari** di **ORISTANO**

La sottoscritta Sig.ra _____ incaricata, **ATTESTA**, ai sensi del DPR n. 445/2000 che il

Dott. _____ identificato a mezzo di _____

_____ ha sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

Oristano, _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

DOCUMENTAZIONE PER LA PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO Dei Medici Veterinari

- 1) **DOMANDA – AUTOCERTIFICAZIONE** con marca da bollo da € 16,00
- 2) Fotocopia di un documento di riconoscimento valido;
- 3) Fotocopia del tesserino di CODICE FISCALE ;
- 4) Due foto formato tessera;
- 5) N° 1 marca da bollo da €. 16,00;
- 6) Attestazione del pagamento di **€.168,00** di tassa sulle concessioni governative da effettuarsi sul c.c.p. n° 8003 Intestato a Agenzia delle Entrate – Centro operativo di Pescara – Tassa concessioni governative;
- 7) Ricevuta del pagamento della quota di iscrizione all'Albo (anno in corso) che ammonta ad **€ 175.00** intestato a Ordine dei Medici Veterinari della prov . di Oristano, Via Benedetto Croce 9, Oristano, causale: quota anno.....Bonifico bancario intestato a: **Ordine dei Medici Veterinari di Oristano** Banco di Sardegna Oristano : Iban **IT 38M 010151740000070422830** (verificare che siano 27 caratteri)

***PER ULTERIORI INFORMAZIONI E DELUCIDAZIONI SI PREGA DI TELEFONARE NEGLI ORARI DI UFFICIO

(Mart 9.00/13.00 - Ven 9.00/13.00)

TEL 0783/70106

Coordinate bancarie*: