Ordine Medici Veterinari
Provincia di Matera

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI MATERA

Oggetto: Domanda di iscrizione/reiscrizione

La /il sottoscritta/o

| Nome | Cognome | Codice Fiscale |
|---|---|---|
| | | |

in possesso del titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario

CHIEDE

di essere iscritto/a nell'Albo dei Medici Veterinari di questa Provincia.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle responsabilità penali, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA:

| di essere nata/o a: | Prov.: | il: | di essere residente a: | Prov. |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Piazza/Via: | CAP | Tel. | Cell. |
|---|---|---|---|
| | | | |

| E.mail: |
|---|
| |

| di avere il seguente recapito di riferimento: |
|---|
| |

| di essere cittadina/o: |
|---|
| |

| di aver conseguito la laurea in Medicina Veterinaria presso l'Università degli Studi di: | in data *(giorno/mese/anno):* |
|---|---|
| | |

Via Dante 82/G – 75100 MATERA - Mob. 348.0371636
www.veterinarimatera.it
E.mail: info@veterinarimatera.it
PEC: ordinevet.mt@pec.fnovi.it

| | |
|---|---|
| di aver superato l'esame di Abilitazione professionale in data *(giorno/mese/anno):* | presso l'Università degli Studi di: |

- di non aver riportato condanne penali, di essere nel pieno godimento dei diritti civili;
- di non essere mai stato iscritta/o ad alcun Ordine dei Medici Veterinari;

| | |
|---|---|
| di essere stata/o iscritta/o all'Ordine dei Medici Veterinari di: | al numero: |

- e che intende esercitare la professione nella Provincia di iscrizione.

Dichiara e sottoscrive, inoltre, di avere il possesso dei requisiti richiesti dalle normali certificazioni e di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

Allega alla presente:

- n. 2 fotografie formato tessera o una foto in formato jpg *(da inviare per posta elettronica);*
- n. 1 Marca da Bollo di € 16,00
- versamento postale di 168,00 euro su c/c 8003;
- Fotocopia del codice fiscale o una foto in formato jpg *(da inviare per posta elettronica);*
- Fotocopia della carta di identità o una foto in formato *(jpg da inviare per posta elettronica).*
- Versamento bancario di 160,00 euro, codice IBAN: IT51 D 08597 16100 00000 0010 602 causale iscrizione all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Matera.
- Informativa trattamento dei dati personali – Allegato A.

Si impegna a comunicare tempestivamente all'Ordine l'eventuale variazione di indirizzo, di residenza, del recapito telefonico e dell'indirizzo e-mail.

| | |
|---|---|
| Matera | Firma |

La/Il sottoscritta/o autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti del Regolamento generale sulla protezione dei dati – Regolamento UE 2016/679, come da informativa di cui all'Allegato A.

| | |
|---|---|
| Matera | Firma |