

Spett.le
ORDINE DEI MEDICI VETERINARI
DELLA PROVINCIA DI
RAGUSA

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa Cognome _____

Nome _____

In possesso del titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, e in particolare delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della legge n. 15/1968 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi e per gli effetti degli artt.2 e 4 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni e integrazioni, e degli artt. 1 e 2 del DPR n. 403/1998,

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
DICHIARA**

- 1)** di essere nato/a _____ il _____
- 2)** di essere residente in _____ CAP _____
indirizzo _____ n° _____
Domicilio Professionale _____
- 3)** di essere cittadino/a _____
- 4)** di non avere riportato condanne penali
- 5)** di avere conseguito il Diploma di Laurea in Medicina Veterinaria presso l'Università degli Studi di _____
in data (giorno mese anno) _____ / _____ / _____
- 6)** di essere abilitato/a all'esercizio della professione di Veterinario presso l'Università degli Studi di _____
in data (giorno mese anno) _____ / _____ / _____ Sessione _____ del _____
- 7)** di avere il seguente codice fiscale _____
- 8)** di avere i seguenti recapiti telefonici: Abit. _____ Studio _____ Cellulare _____
- 9)** di avere il seguente indirizzo e-mail _____ @ _____
- 10)** di avere il seguente recapito pec: _____ @ _____
- 11)** di essere iscritto nell'Albo dei Medici Veterinari presso l'Ordine della Provincia di _____
Dal _____ / _____ / _____ Al numero _____ del Registro di Anzianità.

di volere esercitare l'attività di libero professionista nella provincia;

di non esercitare l'attività di libero professionista perché dipendente da _____

**INOLTRE A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DICHIARA**

- 1)** di avere il pieno godimento dei diritti civili
- 2)** di avere i seguenti precedenti penali _____
- 3)** di essere in regola con i pagamenti dovuti all'Ordine di provenienza
- 4)** di non essere sottoposto a provvedimenti e/o procedimenti disciplinari

CHIEDE

**DI ESSERE ISCRITTO/A ALL'ALBO DEI MEDICI VETERINARI DI QUESTA PROVINCIA PER TRASFERIMENTO
DALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI _____**

in quanto ha trasferito la residenza o il domicilio professionale

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.

Ragusa li _____

FIRMA

ALLEGA ALLA PRESENTE:

1. FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'
2. FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
3. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA
4. N° 2 FOTOGRAFIE FORMATO TESSERA

NOTE

a) Gli iscritti all'Albo hanno l'obbligo di comunicare alla Segreteria dell'Ordine, ogni variazione dell'indirizzo di residenza, domicilio professionale, n° di telefono, indispensabili ai fini della reperibilità e per l'invio delle comunicazioni.

b) Le domande di cancellazione dall'Albo vanno presentate prima della compilazione del ruolo di pagamento della quota di iscrizione per l'anno successivo e quindi entro **i primi giorni del mese di Dicembre di ogni anno**

c) La quota di iscrizione all'Albo è obbligatoria per tutti gli iscritti, qualunque sia la loro posizione lavorativa per tutto il periodo di iscrizione. L'avviso di pagamento della quota viene recapitato alla residenza dell'iscritto tramite bollettino mav della banca.

FIRMA
