

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 _____
- 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 indirizzo PEC _____ @ _____

oppure di allegare alla presente il modulo di richiesta di una casella fornita gratuitamente dall'Ordine.

- di volere esercitare l'attività di libero professionista;
- di non esercitare l'attività di libero professionista perché dipendente
da _____
- di svolgere la professione nella categoria piccoli animali
- di svolgere la professione nella categoria grossi animali
- di svolgere la professione nella categoria animali esotici
- di svolgere la professione nella categoria liberi professionisti
- di svolgere la professione nella categoria specialisti ambulatoriali
- di svolgere la professione nella categoria titolari di ambulatori

**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 non avere presentato domanda in altri Albi d'Italia neanche in precedenza oppure specificare _____

- 4) in caso di reiscrizione dichiara di non avere pretese sospese con altri Ordini o ENPAV
5) di non avere motivi ostativi all'iscrizione

CHIEDE

DI ESSERE ISCRITTO/A ALL'ALBO DEI MEDICI VETERINARI DI QUESTA PROVINCIA

La/Il sottoscritta/o 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.

La/Il sottoscritta/o dichiara, altresì, di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione delle finalità di cui all'informativa.

Ragusa li _____

FIRMA

ALLEGA ALLA PRESENTE:

1. RICEVUTA DEL VERSAMENTO DELLA TASSA CONCESSIONI GOVERNATIVE DI EURO 168,00 DA VERSARE A MEZZO C/C POSTALE N° 8904 (codice tariffa 8617) IL CUI MODULO VIENE CONSEGNATO DAGLI UFFICI POSTALI. (in caso contrario compilarne uno in bianco con la seguente intestazione: Agenzia delle Entrate – Centro operativo di Pescara – Tasse Concessioni Governative – Sicilia
2. RICEVUTA DEL VERSAMENTO DELLA TASSA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO E DEL CONTRIBUTO ANNUALE DOVUTO ALL'ORDINE NELLA COMPLESSIVA SOMMA DI **€ 86,75** (Pari al 50% della quota di prima iscrizione e contributo annuale di € 173,50) DA VERSARE TRAMITE BONIFICO BANCARIO INTESTATO A: **Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Ragusa IBAN: IT35N0503617000CC0000105458** conto domiciliato su: Banca Agricola Popolare di Ragusa
3. FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'
4. FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
5. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA
6. 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, per n. 3 anni in totale l'iscritto avrà diritto al pagamento della quota ridotta del 50%.

FIRMA
