

**ALLEGATO II****DOMANDA DI ISCRIZIONE/REISCRIZIONE**

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI .....

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa .....

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 nato/a a ..... Prov. .... il .....

di essere residente a ..... Prov. ....

in Via ..... cap ....., Tel. ....

e-mail ..... cellulare .....

di avere il seguente recapito di riferimento .....

di essere cittadino/a .....

di aver conseguito il Diploma di laurea in medicina Veterinaria presso l'Università degli Studi di .....

in data gg/..... mm/..... aa/..... ;

di aver superato l'esame di abilitazione professionale

in data gg/..... mm/..... aa/..... ;

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 iscritto ad alcun Ordine di Medici Veterinari  
 di essere stato iscritto all'Ordine dei medici veterinari di ..... ,  
 al numero ..... 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;
- versamento postale su c/c 8003;
- Fotocopia del codice fiscale;
- Fotocopia della carta di identità.
- Dovrà inoltre provvedere al pagamento della quota di prima iscrizione, presso i nostri uffici, al momento della consegna della presente domanda.

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

FIRMA

Luogo e data ..... (3)

Visto in data ..... L'INCARICATO .....

Firma dell'Incaricato

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

la divulgazione dei miei dati alle Società che ne facciano richiesta presso l'Ordine a scopi divulgativi, non istituzionali.

I dati rilasciati sono intesi come strettamente riservati ed in qualunque momento potrà esercitare i diritti riconosciuti dal DLgs 196/2003 e chiederne l'aggiornamento, la modifica e la revoca dell'autorizzazione a divulgarli.

Luogo ..... data .....

Firma