

## DOMANDA DI ISCRIZIONE/REISCRIZIONE

**Al Presidente dell'Ordine dei Medici  
Veterinari della provincia di Nuoro  
Via Gramsci 59, 080100 Nuoro**

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. \_\_\_\_\_; cell. \_\_\_\_\_;

e-mail \_\_\_\_\_

di avere il seguente recapito di riferimento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

Oppure, se non residente in provincia di Nuoro o dell'Ogliastra:

di volersi giovare della previsione di cui alla lett.e) art.9 D.L.C.P.S. 233/46, come modificato dalla Legge 362/91, in quanto intende svolgere l'attività professionale in questa Provincia quale .....  
(specificare se dipendente USL, Azienda Privata o Libero Professionista con struttura sita in .....  
tel. \_\_\_\_\_)

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 aver riportato la/e seguente/i condanna/e penale/i \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Dichiara e sottoscrive, inoltre:

- ✓ di avere il possesso dei requisiti richiesti dalle normali certificazioni;
- ✓ di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- ✓ di essere a conoscenza dell'Informativa del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016

Allega alla presente:

- n. 2 fotografie formato tessera;
- ricevuta del versamento di €. 168,00 sul c/c postale n. 8003 intestato all'Ufficio Registro Tasse di Roma Concessioni Governative;
- fotocopia del codice fiscale;
- fotocopia della carta di identità;
- ricevuta del versamento della quota di iscrizione all'albo professionale (tale quota non è dovuta nel caso di prima iscrizione);
- richiesta casella pec

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 \_\_\_\_\_

Visto in data \_\_\_\_\_ l'incaricato \_\_\_\_\_

Firma dell'Incaricato