



ORDINE MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI VERONA

37135 Verona – Via S. Giacomo, 5 - tel. E fax: 0458201947

ordinevr@tiscalinet.it – segreteria@ordinevetverona.it

ordine.veterinari.vr@pec.ordinevetverona.it

www.ordinevetverona

ADEMPIMENTI PER L'ISCRIZIONE NELL'ALBO PROFESSIONALE

La domanda di iscrizione va effettuata, apponendo una **marca da bollo da € 16,00**, sul modulo predisposto dall'Ordine.

L'interessato nel contesto della domanda autocertifica:

- Luogo e data di nascita
- Codice fiscale
- Residenza
- Cittadinanza
- Assenza di condanne penali, carichi pendenti e godimento dei diritti civili
- il possesso di diploma di Laurea e del titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario.

Resta ferma la facoltà dell'interessato di presentare spontaneamente tutti i certificati ed i documenti richiesti per l'iscrizione.

L'autenticazione delle firma in calce alla domanda non è richiesta:

- In caso di presentazione di persona, se la sottoscrizione è effettuata alla presenza dell'addetto a ricevere la domanda;
- Nel caso di presentazione a mezzo posta o di un incaricato se la domanda è accompagnata dalla fotocopia (anche non autenticata) di un documento di riconoscimento in corso di validità

Alla domanda devono essere allegate:

- una fotografia formato tessera per il rilascio del tesserino dell'Ordine provinciale
- ricevuta del versamento della **tassa di concessione governativa di € 168,00** sul c/c postale n. 8003 (bollettini prestampati reperibili presso gli uffici postali) intestato a "Agenzia delle Entrate – tassa concessione governative" Solo nei bollettini non prestampati è obbligatorio indicare sul retro la causale "Iscrizione all'Albo professionale dei Medici Veterinari".
- fotocopia del codice fiscale:
- fotocopia di documento di identità

La quota di iscrizione di €. 85,00 (di cui €. 80,00 quota di iscrizione ed €. 5,00 per tessera e contrassegno auto) va versata presso i nostri uffici, al momento della consegna della domanda.

Responsabile del procedimento istruttorio relativo alle domande di iscrizione all'Albo è la Segretaria amministrativa dell'Ordine Sig.ra Maria Nicoletta Venturini nei giorni da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 – i pomeriggi del lunedì e giovedì. dalle 15.00 alle 18.00 ed il sabato mattina dalle 8.30 alle 11.00 - Tel. e fax 0458201947 e-mail: ordinevr@tiscalinet.it

A norma dell'art.13 della D. Lgs. 30 Giugno 2003 n.196, si informa che i dati personali obbligatoriamente richiesti per l'iscrizione all'Albo sono raccolti e detenuti nella sede dell'Ordine, in conformità al D.L.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 e al D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221, al solo fine dell'espletamento dei compiti ivi previsti.

Marca da bollo € 16,00

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI VERONA

La /il sottoscritta/o

Codice fiscalein possesso del titolo di abilitazione all'esercizio
della professione di Medico Veterinario,

CHIEDE

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

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28/12/2000 n°445, e successive modifiche ed integrazioni, la/il sottoscritta/o, consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni non vere, di formazione o uso di atti falsi, previste dall' art. 76 del citato D.P.R. n°445/2000,

DICHIARA:

- di essere nata/o aProvincia Il
- di essere residenteProvincia.....C.a.p.....
in via..... tel.....
cell..... e.mail (1).....
- di avere il seguente recapito di riferimento
- di essere cittadino (indicare la nazionalità).....
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina veterinaria presso l'Università degli Studi
di.....in data.....
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale presso l'Università degli Studi
di.....nell'anno accademico.....
- di non aver riportato condanne penali e di essere nel pieno godimento dei diritti civili.
- Di non essere mai stato iscritto ad alcun Ordine dei Medici Veterinari
- che l'attività prevalente che intende svolgere è _____

- Dichiara e sottoscrive, inoltre, di avere il possesso dei requisiti richiesti dalle normali certificazioni e di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei dovuti modi, qualsiasi variazione o modifica o perdita di diritti
- Si impegna a comunicare tempestivamente all'ordine l'eventuale variazione di residenza, di recapito telefonico e posta elettronica
- Di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui dell'art.13 della D. L.vo 30 Giugno 2003 n.196 che i dati personali raccolti dall'Ordine dei Medici Veterinari della provincia di Verona, titolare del trattamento, saranno utilizzati e conservati anche con strumenti informatici esclusivamente ai fini amministrativi e contabili. Autorizza Inoltre a comunicare a terzi i propri dati personali per adempimenti connessi all'attività amministrativa esclusi pertanto fini diversi
- Autorizza () Non autorizza ()
La divulgazione dei propri 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 D.L.vo 196/2003 e successive modifiche e chiederne l'aggiornamento, la modifica e la revoca dell'autorizzazione a divulgarli
- Desidera () Non desidera ()
ricevere la newsletter della FNOVI

Allega:

1 fotografia formato tessera
 versamento su c/c postale n° 8003
 fotocopia codice fiscale
 fotocopia documento valido

_____ (2)
 luogo e data firma

(1) L'indirizzo di posta elettronica verrà utilizzato per comunicazioni e invio informazione, per ciò è necessario comunicare alla segreteria dell'Ordine ogni eventuale variazione dello stesso.

(2) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza dell'addetto alla ricezione della domanda, ovvero se questa sia presentata (anche per posta o da un incaricato) unitamente alla fotocopia di un documento di identità dell'istante

ORDINE DEI MEDICI VETERINARI
 DELLA PROVINCIA DI VERONA

Il sottoscritto.....incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4
 gennaio 1968, n. 15 che la/il Dr.ssa/Dr.....
 identificato con documento.....n°.....
 rilasciato da.....in data.....
 ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Luogo, data.....

 Firma dell'incaricato

Timbro Ordine