

All'Ordine dei Medici Veterinari
della Provincia di PESCARA
Via Chieti, 5 - 65121 Pescara
segreteria@ordvetpescara.it
ordinevet.pe@pec.fnovi.it

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

CODICE FISCALE _____

medico veterinario iscritto/a all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di _____

al numero _____ dal _____; recapito telefonico _____;

indirizzo PEO _____;

indirizzo PEC _____;

CHIEDE

il trasferimento dell'iscrizione all'Albo dei Medici Veterinari di codesta Provincia e contestualmente

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle responsabilità penali:

- di essere nato/a a _____ il _____;
- di essere residente a _____ in Via _____;
- di essere domiciliato a _____ in Via _____;
- la non sussistenza di procedimenti penali o di procedimenti per l'applicazione di misure di sicurezza o di procedimenti disciplinari a proprio carico;
- di essere in regola con i pagamenti dei contributi dovuti all'Ordine di provenienza ed all'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Veterinari (ENPAV).

Allega alla presente:

- fotocopia documento di identità e del codice fiscale
- due fotografie formato tessera

FIRMA

_____, li _____

L'interessato dichiara di aver preso visione della informativa sul trattamento dei dati personali di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 679/2016, pubblicata sul sito web dell'Ordine www.ordvetpescara.it e scaricabile al seguente link www.ordvetpescara.it/informativa-privacy

FIRMA
