

Marca da  
bollo  
€ 16,00

All'Ordine dei Medici Veterinari  
della Provincia di V I T E R B O

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

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 ed integrazioni, e per gli artt. 1 e 2 del DPR n. 40/1998,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI,  
DICHIARA

- 1) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- 2) di essere residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ in  
Via \_\_\_\_\_  
Tel/fax/cellulare \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_
- 3) di avere il domicilio a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ in  
Via \_\_\_\_\_
- 4) di essere cittadino/a \_\_\_\_\_
- 5) di non avere precedenti penali
- 6) di aver superato l'esame di Laurea in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_
- 7) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ nella \_\_\_ Sessione dell'anno \_\_\_\_\_
- 8) di avere il seguente codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
DICHIARA

- 1) di avere il pieno possesso dei diritti civili
  - 2)  di non avere precedenti penali       di avere i seguenti precedenti penali:
-

3)  di essere attualmente regolarmente iscritto all'Albo dei Veterinari di \_\_\_\_\_ ed in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza per l'anno ..... e precedenti.

4) di non trovarsi in posizione di incompatibilità con l'iscrizione all'Albo per la sussistenza di pubblico impiego, in quanto:

non e' impiegato/a nella pubblica amministrazione;

è impiegato/a nella seguente pubblica amministrazione:

è inquadrato nella qualifica funzionale e riveste il profilo professionale seguenti:

con rapporto di lavoro:  a tempo pieno  a tempo parziale o definito

### FA DOMANDA

*di essere iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine per trasferimento dall'Ordine della Provincia di ..... Iscritto/a dal ..... al n. ....*

a tal fine dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
L'identità del dott. \_\_\_\_\_ e stata accertata tramite documento personale \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ allegato in copia rilasciato da \_\_\_\_\_  
Viterbo li \_\_\_\_\_ IL FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO \_\_\_\_\_