

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 _____