

## ADEMPIMENTI PER L'ISCRIZIONE NELL'ALBO PROFESSIONALE

La domanda di iscrizione va compilata su foglio bollato da € 16,00 e corredata di 2 fotografie formato tessera, copia del documento di identità fronte/retro e del codice fiscale o carta regionale dei servizi

Per poter procedere all'iscrizione è necessario che l'interessato dimostri, mediante esibizione della relativa ricevuta, di aver effettuato il versamento della tassa di concessione governativa di € 168,00 sul c.c.postale n. 8003. E' obbligatorio indicare sul retro la causale "Iscrizione all'Albo professionale dei Medici Veterinari".

Come risulta nello schema allegato, nella domanda deve essere inclusa la dichiarazione sostitutiva dei certificati e dei documenti richiesti. Pertanto l'interessato può autocertificare :

- Luogo e data di nascita
- Codice fiscale
- Residenza
- Cittadinanza
- Assenza di condanne penali, carichi pendenti e godimento dei diritti civili
- Di essere in possesso di diploma di Laurea (copia del certificato di Laurea con tutti i voti degli esami)
- Di essere in possesso del titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario.

Entro un mese dalla notifica dell'avvenuta iscrizione si effettuerà il pagamento della quota di iscrizione all'Ordine per l'anno in corso.

L'importo per il 2016 è invariato: € 135,00 quota agevolata (per i primi 2 anni dei neo iscritti e per coloro che hanno raggiunto i 50 anni dalla Laurea), € 200,00 quota ordinaria.

(Moduli per autocertificazioni in allegato)

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 se la domanda è accompagnata dalla fotocopia (anche non autenticata) di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Responsabile del procedimento istruttorio relativo alle domande di iscrizione all'Albo è la Segretaria amministrativa dell'Ordine Sig.ra Paola Colasanti che è a disposizione del pubblico nei giorni da lunedì a venerdì dalle ore 9.0 alle ore 12.00.

Tel. e fax 030/2423170 e-mail [info@veterinariabrescia.it](mailto:info@veterinariabrescia.it)

Ai sensi 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.

## ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI BRESCIA

La /il sottoscritta/o .....Codice fiscale .....  
in 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 agli art. 75-76 del citato D.P.R. n°445/2000,

### DICHIARA:

- di essere nata/o a .....Provincia ..... Il .....;
- di essere residente a.....Provincia..... C.a.p.....  
in via/piazza (indirizzo completo).....e.mail.....
- di avere il seguente recapito di riferimento: tel.....cell.....  
domicilio (se diverso dalla residenza).....
- di essere cittadino (indicare la nazionalità).....
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina veterinaria presso l'Università degli Studi di.....nell'anno accademico.....in data.....
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale in data ..... presso  
l'Università degli Studi di.....
- di non aver riportato condanne penali e di essere nel pieno godimento dei diritti civili.
- di essere informato ai sensi e per gli effetti dell'art.13 della D. Lgs. 30 Giugno 2003 n.196 che i dati personali raccolti saranno trattati , anche con strumenti informatici , esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara di aver preso visione del Codice Deontologico e di accettarne i principi in esso contenuti.

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.

- Desidero ricevere newsletter FNOVI
- NON desidero ricevere newsletter FNOVI

Data

Firma

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(art. 2 legge 4 gennaio 1968, n. 15 e successive modificazioni ed integrazioni)**

**Il/La sottoscritto/a** (a).....

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 agli art. 75-76 del citato D.P.R. n°445/2000,

**DICHIARA**

1. di essere nato/a a .....

il .....

2. di essere residente in .....

.....

3. di essere cittadino/a .....

.....  
(luogo e data)

.....  
(firma)

- (a) Indicare nome e cognome, data e luogo di nascita, residenza anagrafica e abitazione del/della dichiarante.
- 1) Per i nati in Italia indicare il Comune di nascita e, tra parentesi, la Provincia.
- 2) Indicare il Comune alla cui anagrafe l'interessato/a è iscritto/a.
- 3) Indicare "Italiano/a" oppure lo Stato estero di cui si è cittadini.

## **Autocertificazione sostitutiva al certificato penale**

Il/la Sottoscritto/a ....., nato a.....  
il....., residente in via.....n°.....  
a....., c.a.p....., codice fiscale.....

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 agli art. 75-76 del citato D.P.R. n°445/2000, dichiara di non avere precedenti penali di alcun tipo e di avere il pieno godimento dei diritti civili.

Brescia,.....

Firma

.....

## **Autocertificazione sostitutiva al certificato di abilitazione professionale**

Il/la Sottoscritto/a ....., nato a.....

il....., residente in via.....n°.....

a....., c.a.p....., codice fiscale.....

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 agli art. 75-76 del citato D.P.R. n°445/2000,

dichiara di AVER CONSEGUITO L'Abilitazione professionale presso la Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di ..... in data .....

Brescia,.....

Firma

.....

Io sottoscritto/a Dott. (in stampatello) .....

permetto che i miei dati personali, in possesso o assunti dall'Ordine dei Medici Veterinari di Brescia, titolare del trattamento, siano utilizzati esclusivamente ai fini amministrativi e contabili e siano conservati in archivi cartacei ed elettronici nel rispetto delle misure di sicurezza previste dell'art.13 della D. Lgs. 30 Giugno 2003 n.196.

Autorizzo, inoltre, l'Ordine a comunicare a terzi i miei dati personali, in relazione ad adempimenti connessi all'attività amministrativa stessa.

Per nessuna ragione i predetti dati saranno utilizzati a fini diversi.

Brescia,.....

Firma

.....