



ELENCO DOCUMENTI PER L' ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

1. La domanda di iscrizione va compilata utilizzando il modulo predisposto dall'Ordine, sul quale si deve apporre una marca da bollo da € 16,00;
2. Nel contesto della domanda l'interessato autocertifica:
 - **Il luogo e la data di nascita;**
 - **La residenza**
 - **La cittadinanza**
 - **L'assenza di condanne penali e carichi pendenti;**
 - **Il godimento dei diritti civili;**
 - **Il diploma di laurea e del titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario** (resta ferma la facoltà dell'interessato di presentare spontaneamente copia del certificato di laurea con voti ed esami e dell'abilitazione professionale stampabili dalla propria pagina personale dell'Università ove si sono conseguiti).
3. Ricevuta del versamento tassa governativa di €168,00 sul c/c postale n. 8003. È obbligatorio indicare sul retro la causale “ Iscrizione all'Albo professionale dei Medici Veterinari”.
4. Fotocopia dei un documento di riconoscimento in corso di validità (preferibilmente carta d'identità);
5. Fotocopia del Codice Fiscale;
6. Due foto formato tessera;
7. La quota d'iscrizione relativa all'anno 2021, di € 100,00 in contanti è da versarsi al momento della presentazione della domanda di iscrizione, presso gli uffici dell'Ordine.

Responsabile del procedimento istruttorio relativo alla domanda di iscrizione all'Albo è la segreteria amministrativa dell'Ordine che è a disposizione del pubblico ogni giovedì dalle ore 11.00 alle ore 13.00 ed il sabato su appuntamento.

Ai sensi del D.lgs 196/2003 e successive modifiche, si informa che i dati personali obbligatoriamente richiesti per l'iscrizione nell'Albo sono raccolti e detenuti nella sede dell'Ordine in copia cartacea ed informatica, in conformità al D.L.P.C.S. n. 233 del 13/09/1946 e al D.P.R. n.221 del 05/04/1950 al solo fine dell'espletamento dei compiti ivi previsti.

ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI MASSA CARRARA

Via Nazionale 62 , 54028

Tel : 333/6922444

mail: ordvetms@libero.it



Villafranca Lunigiana (MS)

pec: ordinevet.ms@pec.fnovi.it

BOLLO DA
€ 16,00

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DI
MASSA CARRARA

__ sottoscritt __ dott. _____

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI,
DICHIARA**

1. di essere nat_a _____ prov. _____ il _____ ;
2. di essere residente a _____ prov. _____ cap _____ via _____ ;
3. di essere cittadin_ _____ ;
4. di avere il seguente codice fiscale:
 I I I I I I I I I I I I I I I I
5. di avere i seguenti recapiti di riferimento: tel _____
cell _____ e-mail _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE

ALL'ALBO DEI MEDICI VETERINARI DI CODESTO ORDINE

Consapevole delle sanzioni penali (art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 /12/ 2000) in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici conseguiti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere (art. 75 D.P.R. n.445 del 28/12/2000), dichiara, sotto la sua responsabilità, quanto segue:

- ♦ di aver conseguito la laurea in Medicina Veterinaria presso l'Università di _____ in data _____ ;

ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI MASSA CARRARA

Via Nazionale 62 , 54028

Villafranca Lunigiana (MS)

Tel : 333/6922444

mail: ordvetms@libero.it



pec: ordinevet.ms@pec.fnovi.it

- ♦ di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Veterinario:
nella sessione di _____ presso l'Università di _____ .

DICHIARA INOLTRE :

- ♦ di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- ♦ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- ♦ di non avere riportato condanne penali che non sono soggette ad iscrizione nel casellario giudiziale;
- ♦ Nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, la dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento: _____

_____;
- ♦ di essere nel pieno godimento dei diritti civili;
- ♦ di non essere mai stato iscritto negli Albi professionali di altro Ordine Provinciale dei Medici Veterinari e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- ♦ di non essere stato cancellato da altro Ordine dei Medici Veterinari per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo provinciale;
- ♦ di non aver presentato ricorso alla commissione centrale o ad altro organo giurisdizionale ovvero il diniego di iscrizione all'Albo;

ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI MASSA CARRARA

Via Nazionale 62 , 54028

Tel : 333/6922444

mail: ordvetms@libero.it



Villafranca Lunigiana (MS)

pec: ordinevet.ms@pec.fnovi.it

- ♦ di essere informato ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.lgs n. 196 del 30/06/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni ed alle finalità istituzionali dell'Ordine.

Dichiara e sottoscrive, inoltre, di avere il possesso dei requisiti richiesti dalle normali certificazioni e di impegnarsi a **segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti.**

VILLAFRANCA L. _____

FIRMA

N.B. si rammenta che la domanda d'iscrizione dovrà essere firmata in presenza del funzionario.

ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI MASSA CARRARA

Via Nazionale 62 , 54028

Tel : 333/6922444

mail: ordvetms@libero.it



Villafranca Lunigiana (MS)

pec: ordinevet.ms@pec.fnovi.it

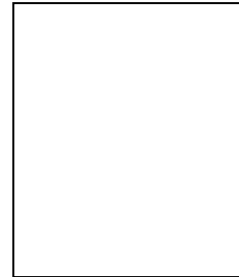
Presentazione diretta al Segretario dell'Ordine:

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art.38 comma 3 del D.P.R. n.445/2000, in presenza del

DOTT. SSA ERIKA ZANNARDI _____

(FIRMA DEL SEGRETARIO)

IDENTIFICAZIONE DELLA FOTO DEL DOTT. _____



TIMBRO ORDINE

NATO A _____ PROV _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

CAP _____ PROV _____.

IDENTIFICATO DAL DOCUMENTO _____ N _____

RILASCIATO IL _____ DAL _____.

ISCRITTO A CODESTO ORDINE AL NUMERO _____.

DATA _____

FIRMA DEL DOTT.

RICEVUTA CONTABILE N. _____ DEL _____

IL SEGRETARIO
(DOTT.SSA ERIKA ZANNARDI)

IL PRESIDENTE
(DOTT. NATALI ANDREA)