

MODELLO DI RICHIESTA O DICHIARAZIONE PEC

Alla Segreteria dell'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Bari
Via Napoleone Colajanni,2 - 70125 Bari -Tel.: 080/9186466
Email: segreteria@ordineveterinaribari.it PEC: ordinevet.ba@pec.fnovi.it

La/Il sottoscritta/o nata/o il a
..... Prov. di iscritta/o all'Ordine dei Medici Veterinari
della Provincia di Bari con il n°.....

CHIEDE

l'invio delle credenziali per l'accesso alla casella PEC attivata sul dominio: **@pec.ba.fnovi.it**

Oppure

dichiara che il proprio indirizzo PEC è:@.....

Luogo e data

Firma

Ai fini dell'aggiornamento dell'anagrafica dell'Ordine, indicare nei campi seguenti i dati richiesti

QUALIFICA PROFESSIONALE

A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 B C D E1 E2 E3 F G H I L M N O P Q R

CODICE FISCALE:

LUOGO E DATA DI NASCITA:

RESIDENZA:

CAP COMUNE..... PROV.....

TELEFONO CELLULARE n.ro TEL. n.ro

EMAIL@.....

DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE. 1).....

2).....

3).....

MASTER/COLLEGE EUROPEO.....

Nel momento in cui la PEC personale sarà registrata la/il sottoscritta/o è consapevole che le comunicazioni istituzionali transiteranno con pieno valore legale tramite questo strumento.

Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali:

In riferimento alla Legge 196/2003 (Codice Privacy) e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR 2016/679), presto il mio consenso al trattamento dei dati per le esclusive finalità istituzionali.

Luogo e data

Firma

LEGENDA PER QUALIFICA PROFESSIONALE

A LIBERO PROFESSIONISTA

A1: fauna selvatica; A2: zootecnia; A3: zootecnia-avicoltura; A4: zootecnia-bovini; A5: ippatria; A6: piccoli animali; A6: piccoli e grossi animali; A7: animali non convenzionali

B DIPENDENTE REGIONALE

C LAVORATORE AUTONOMO (agente di commercio, informatore medico-scientifico, ...)

D DIPENDENTE MINISTERO DELLA SALUTE

E DIPENDENTE AZIENDA SANITARIA LOCALE

E1: area A; E2: area B; E3: area C

F DIPENDENTE ISTITUTO ZOOPROFILATTICO

G DIPENDENTE ASSOCIAZIONE ALLEVATORI (AIA, ARA, APA)

H DIPENDENTE UNIVERSITA'

I PENSIONATO

L DIPENDENTE AZIENDA PRIVATA (industria farmaceutica, mangimistica, ...)

M VETERINARIO SPECIALISTA AMBULATORIALE

N DOCENTE

O VETERINARIO MILITARE

P PENSIONATO

Q SENZA OCCUPAZIONE

R ALTRO

Allegare: copia di un documento d'identità, in corso di validità, del richiedente/dichiarante