

Bollo da euro 16,00

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI BARI

La/il sottoscritta/o....., codice fiscale....., in possesso del titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario,

CHIEDE

di essere iscritta/o nell'Albo dei Medici Veterinari di questa Provincia.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e successive modifiche e integrazioni, la/il sottoscritta/o, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere nel caso di falsità in atti o dichiarazioni mendaci e delle sanzioni previste dall'art. 26 della citata legge n. 15/68,

DICHIARA

- di essere nata/o a, prov., il __/__/__;
- di essere residente a, prov., indirizzo.....,tel..... .
cellulare
- di avere il seguente recapito di riferimento.....
- di essere cittadina/o (indicare la nazionalità);
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina Veterinaria presso l'Università degli Studi di.....,nell'anno accademico.....;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale in data presso l'Università degli Studi di
- di non essere a conoscenza di aver riportato condanne penali;
- di essere nel pieno godimento dei diritti civili.
- di aver ricevuto copia del Codice Deontologico

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 di diritti.

Allega alla presente:

- 1) Certificato di Abilitazione o in alternativa autocertificazione
- 2) Certificato di Laurea o in alternativa autocertificazione
- 3) Fotocopia del tesserino del Codice Fiscale;
- 4) Due fotografie formato tessera più una fotografia in formato digitale;
- 5) Fotocopia della carta d'identità;
- 6) Informativa e consenso del trattamento dei dati personali;

7) Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (non possono essere utilizzati domini @postacertificata.gov in quanto trattasi di PAC – non utilizzabile dal singolo professionista)

8) Ricevuta del versamento di euro 168,00 sul c/c postale n. 8003 intestato a “Tasse Concessioni Governative – Pescara” con la causale: Iscrizione all’Albo del Medici Veterinari della Provincia di Bari, anno ____ .

9) Ricevuta del versamento di euro 64,55 su IBAN n° IT29W0200804033000102828715 Unicredit Filiale Bari Magna Grecia con la causale “Iscrizione all’Albo dei Medici Veterinari della Provincia di Bari, anno ____ “se si tratta di prima iscrizione

oppure

10) Ricevuta del versamento di euro 129,11 su IBAN IT29W0200804033000102828715 Unicredit Filiale Bari Magna Grecia con la causale “Iscrizione all’Albo dei Medici Veterinari della Provincia di Bari, anno ____ “se si tratta di reinscrizione o trasferimento da altro Ordine Provinciale

A seguito di Delibera n° 25/2012 del 10.07.2012 del Consiglio Direttivo dell'Ordine, i Medici Veterinari neoiscritti sono tenuti a pagare, all'atto dell'iscrizione ed esclusivamente per il primo anno, il 50% della tassa annuale (129,11 euro)

(luogo e data)

FIRMA.....

Visto in data(L’INCARICATO).....

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza dell’addetto alla ricezione della domanda, ovvero se questa sia presentata

ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DI BARI

Informativa resa all'interessato all'atto della raccolta dei dati personali comuni e sensibili ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 con riferimento ai dati comuni e sensibili che si intendono fare oggetto di trattamento, Vi forniamo le seguenti informazioni:

1) Contenuto dei dati

Il trattamento riguarda dati personali comuni e sensibili riferiti all'Ordine dei Medici Veterinari

2) Finalità e modalità del trattamento

Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali, che saranno acquisiti e periodicamente aggiornati, ha le seguenti finalità: adempimenti amministrativi o contabili; adempimento agli obblighi di legge; informazioni tecnico-scientifiche Il conferimento dei dati per il trattamento predetto è obbligatorio, altrimenti non è possibile provvedere all'esecuzione degli obblighi derivanti dalla legge. Il trattamento dei dati avviene mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei, sia con l'ausilio di mezzi informatici.

3) Ambito di applicazione dei dati.

I dati potranno essere comunicati: a soggetti, pubblici che possono accedere ai dati a forza di disposizione di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme; a soggetti nostri consulenti, nei limiti necessari per svolgere il loro incarico.

4) Soggetti che potranno venire a conoscenza dei dati.

Potranno venire a conoscenza dei dati anche i responsabili del trattamento, nonché gli incaricati del trattamento; gli incaricati alla manutenzione degli elaboratori elettronici.

5) Titolare

Titolare del trattamento è il Presidente pro-tempore dell'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Bari con sede in Bari in via Padre Pio n 4.

6) Consenso al trattamento.

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 D.L.gs. 196/2003 e di avere preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs medesimo "Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti", ed esprime il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Per accettazione:

..... li

ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DI BARI

Scheda riassuntiva dati: ANAGRAFICI, PROFESSIONALI, RECAPITI:

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

residente a _____ c.a.p. _____ in Via _____ n. _____

Laureato in Medicina Veterinaria presso l'Università di _____

abilitato all'esercizio della professione in data _____

Specializzato in _____

Indirizzo e-mail ove si intende ricevere eventuali comunicazioni di posta elettronica:

_____.

Posta Elettronica Certificata

Tel. fisso _____

Tel. cellulare _____

Fax _____

_____ li _____

.....

FIRMA.....