

Marca da bollo da 16,00 euro

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI BARI

La/Il sottoscritta/o (1)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 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....., prov. di....., il ___/___/___;
- di essere residente aCAP....., prov. di indirizzo..... n.;
- di avere i seguenti recapiti di riferimento n.ro tel. fisso: n.ro di tel. cellulare: indirizzo email: indirizzo PEC: domicilio (se diverso dalla residenza):
- 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 in data
- di aver superato l'esame di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario in data.....presso l'Università degli Studi di
- di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti;
- di avere il pieno godimento dei diritti civili;
- di non essere mai stata/o iscritta/o ad alcun Ordine di Medici Veterinari **oppure** di essere stata/o iscritta/o all'Ordine dei Medici Veterinari di _____ al n.ro _____ (barrare la voce che non interessa);
- di aver preso visione del Codice Deontologico dei Medici Veterinari e di accettarne i principi in esso contenuti;
- di essere informata/o dei contenuti dell'Art. 8 del DPR 5 aprile 1950, n. 221 ed in particolare che: *"Sulla domanda d'iscrizione il Consiglio delibera, nel termine di tre mesi."*;
- di essere informata/o ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali raccolti, dati che saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

Firma

.....

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 (p.e.: variazione di indirizzo di residenza, di indirizzo e-mail, di indirizzo PEC, di recapito telefonico).

Allega alla presente:

- 1) Dichiarazione sostitutiva del certificato di laurea in Medicina Veterinaria e del certificato di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario (All.1);
- 2) Dichiarazione sostitutiva del certificato casellario giudiziale, dei carichi pendenti e di godimento dei diritti civili (All.2);
- 3) Fotocopia del tesserino del Codice Fiscale (fronte/retro);
- 4) Due fotografie formato tessera;
- 5) Fotocopia (fronte/retro) della carta d'identità in corso di validità o documento equipollente;
- 6) Informativa e consenso del trattamento dei dati personali datata e sottoscritta (All.3);
- 7) Scheda riassuntiva dei dati anagrafici, professionali e dei recapiti (All.4);
- 8) Modulo di richiesta o dichiarazione dell'Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (non possono essere utilizzati domini @postacertificata.gov in quanto trattasi di PAC – non utilizzabile dal singolo professionista) (All.5);
- 9) 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 dei Medici Veterinari della Provincia di Bari, anno _____;
- 10) Ricevuta del versamento di **euro 67,50** su c/c bancario IBAN n° **IT29W0200804033000102828715** intestato all'Ordine dei Medici Veterinari di Bari tenuto da Unicredit filiale di via Magna Grecia, 45 – 70126 - Bari, con la **causale**: “Prima iscrizione all'Albo dei Medici Veterinari della Provincia di Bari, anno _____”, **se si tratta di prima iscrizione**
oppure,
- 11) Ricevuta del versamento di **euro 135,00** su c/c bancario IBAN n° **IT29W0200804033000102828715** tenuto da Unicredit filiale di via Magna Grecia, 45 – 70126 - Bari, con la **causale**: “Reiscrizione all'Albo dei Medici Veterinari della Provincia di Bari, anno _____”, **se si tratta di reiscrizione (si intende reiscrizione anche quando il richiedente è stato iscritto presso altro Ordine di Medici Veterinari).**

A seguito di Delibera n° 46/2022 del 18.09.2022 del Consiglio Direttivo dell'Ordine, i Medici Veterinari neoiscritti sono tenuti a pagare, all'atto dell'iscrizione ed esclusivamente per i primi due anni, il 50% della tassa annuale (135,00 euro).

Luogo e data

Firma(1)

Visto in data

(L'incaricato)

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza dell'addetto alla ricezione della domanda, (previo accertamento dell'identità della persona che sottoscrive) ovvero se la stessa è presentata allegando copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore.

Allegato 1

DICHIARAZIONE sostitutiva del Certificato di Laurea e di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario (DPR n. 445 del 28/12/2000)

La/il sottoscritta/onata/o a(....)
 il.....residente nel Comune di.....(....) CAP.....Via/Piazza
n. C. F.

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, le sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative all'iscrizione all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Bari articolo 75 del DPR n. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

- 1) di aver conseguito la Laurea in Medicina Veterinaria presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;
- 2) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario presso l'Università degli Studi di _____ in data_____.

Luogo e data _____

Firma _____

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

Allegato 2

DICHIARAZIONE sostitutiva del Certificato del Casellario giudiziale, dei carichi pendenti e di godimento dei diritti civili (DPR n. 445 del 28/12/2000)

La/il sottoscritta/onato a(....) il

.....residente nel Comune di(....)

CAPVia/Piazzan.....

C. F.....

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, le sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative all'iscrizione all'Ordine dei Medici Veterinari di Bari articolo 75 del DPR n. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

- 1) che dal **certificato generale del casellario giudiziale** della Procura della Repubblica della sua residenza risulta a proprio carico:

NULLA

oppure:

- 2) che dal **certificato dei carichi pendenti** presso la Procura della Repubblica della sua residenza risulta a proprio carico:

NULLA

oppure:

- 3) **di avere pieno godimento dei diritti civili.**

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

Allegato 3
(due pagine)
ORDINE dei MEDICI VETERINARI della PROVINCIA di BARI
INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Veterinari di **BARI**.

Il **Titolare del trattamento** è il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei medici veterinari di **BARI** nella persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore **Dott. DI BELLO ANTONIO V.F.** domiciliato per la carica in 70125 Bari alla Via Napoleone Colajanni, 2.

Il **Responsabile della protezione dei dati (RPD)** è la dott.ssa **Sonia SAULLE**, mentre il **Responsabile del trattamento** è il Dott. **DI PINTO Pietro** Consigliere con funzioni di "Segretario" pro-tempore del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei medici veterinari di **BARI**.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, incluse le opportune comunicazioni alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Veterinari Italiani (FNOVI) per la tenuta dell'Albo Unico Nazionale ai sensi del DPR 7 agosto 2012 n. 137.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al Consiglio Direttivo dell'Ordine dei medici veterinari di Bari dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "*l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*". Tali categorie di dati potranno essere trattate dal Consiglio Direttivo dell'Ordine dei medici veterinari di **BARI** solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Firma _____

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati; d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- h) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- i) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al responsabile della protezione dei dati (RPD), all'indirizzo postale della sede legale dell'Ordine dei Medici Veterinari di Bari od all'indirizzo PEC ordinevet.ba@pec.fnovi.it

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Luogo e data _____

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> esprimo il consenso | <input type="checkbox"/> NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati |
| <input type="checkbox"/> esprimo il consenso | <input type="checkbox"/> NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa |
| <input type="checkbox"/> esprimo il consenso | <input type="checkbox"/> NON esprimo il consenso alla ricezione delle informative inviate dall'Ordine dei Medici Veterinari di Bari e dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Veterinari Italiani. |

FIRMA

Allegato 4**ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DI BARI**

Scheda riassuntiva dei dati ANAGRAFICI, PROFESSIONALI e dei RECAPITI

Dott.ssa/Dott. _____ nata/o a _____ (____)
 il ____/____/____ residente a _____ (____) CAP _____ in
 via _____ n. _____;

Laureata/o in Medicina Veterinaria presso l'Università di _____

in data _____;

Abilitata/o all'esercizio della professione di Medico Veterinario in data _____

presso l'Università di _____

Specializzato in:

- 1) _____ ;
 2) _____ ;
 3) _____ ;

Indirizzo e-mail: _____

Indirizzo PEC: _____

Tel. fisso n.ro _____

Tel. cellulare n.ro _____

FIRMA

.....

Allegato 5 MODULO 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 – 351/6260167
Email: segreteria@ordineveterinariibari.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°..... (da omettere in caso di prima iscrizione o reiscrizione)

CHIEDE

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

indirizzo e-mail:@.....;

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 (barrare con una X la voce che interessa secondo la leggenda a piè di pagina)

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

CODICE FISCALE:

LUOGO E DATA DI NASCITA:

RESIDENZA:

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

TELEFONO CELLULARE n.ro TEL. n.ro

EMAIL@.....

DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE. 1).....

2).....

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 SENZA OCCUPAZIONE

Q ALTRO