**MARCA DA**

**BOLLO**

**16,00 €**

**ALL’ORDINE DEI MEDICI VETERINARI**

**DELLA PROVINCIA DI CAGLIARI**

**\_l\_ sottoscritt\_\_ Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(cognome e nome)**

**chiede di essere iscritto per trasferimento dall’Ordine dei MEDICI VETERINARI di………………………a quello della provincia di Cagliari**

**\_l\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_ sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n° 445**

**DICHIARA**

**1) di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_**

**il |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| , cod. fisc. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

**2) di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di\_\_\_\_\_\_**

**in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n °\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3) di eleggere il proprio domicilio(**se diverso dalla residenza) **a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n °\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**indirizzo POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(LEGGE 28/01/2009 N°2 CONVERSIONE D.L. 29/11/2008 N° 185)

**4) di essere cittadin\_/\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5) di essersi immatricolato al corso di laurea in Medicina Veterinaria in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**6) di aver conseguito la laurea in Medicina Veterinaria presso l’Università degli Studi di**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di aver riportato la seguente votazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**7) di aver conseguito l’abilitazione in Medicina Veterinaria degli Studi di**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**sessione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di aver riportato la seguente votazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA inoltre***(barrare la voce che interessa)*

**di avere il pieno godimento dei diritti civili;**

**di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di sicurezza e 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 aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;**

**di aver riportato condanne penali**

(*produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quanto siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento);*

**di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a proceduta fallimentare.**

**\_l\_ sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , consapevole delle sanzioni penali di cui all’articolo 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.**

**Cagliari,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 si precisa che le informazioni contenute in questo messaggio e negli eventuali allegati sono da ritenersi di carattere confidenziale, pertanto riservate esclusivamente ai destinatari. Persone o soggetti diversi dai destinatari stessi non sono autorizzate a leggere, copiare, modificare, diffondere il messaggio a terzi. Chi ricevesse una nostra comunicazione per errore non la utilizzi e non la porti a conoscenza di nessuno, ma la elimini dalla sua casella e avvisi il mittente.*

*Inoltre, Vi informiamo che i nostri archivi comprendono indirizzi di posta elettronica relativi a persone fisiche, aziende, enti con i quali sono intercorse precedenti comunicazioni a mezzo posta elettronica o che hanno spontaneamente fornito il loro indirizzo in occasione di contatti diretti. Tali indirizzi sono da noi utilizzati nel rispetto della volontà e disponibilità degli interessati a ricevere comunicazioni via posta elettronica dal nostro Ordine.*

*Nel caso in cui l’interessato desideri che il Suo indirizzo di posta elettronica sia rimosso dal nostro archivio, ovvero per l'esercizio dei diritti previsti dal GDPR 679/16, potrà comunicarlo al Titolare del trattamento,* ***ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI CAGLIARI al seguente indirizzo e.mail*** [***vetcagliari@tiscali.it***](mailto:vetcagliari@tiscali.it)

*L'Informativa privacy ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 è consultabile sul sito* [**http://www.veterinaricagliari.it**](http://www.veterinaricagliari.it)

***La sottoscrizione deve essere effettuata in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In alternativa, al fine della sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà, il dichiarante deve allegare alla medesima dichiarazione fotocopia di un documento di identità in corso di validità.***

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI VETERINARI DI CAGLIARI**

L’istanza è stata sottoscritta in presenza dell’impiegato addetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi dell’art. 38, comma 3 del DPR 445/2000.

Timbro e firma dell’incaricato

che riceve l’istanza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_