

# ORDINE MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI MANTOVA

Via Accademia, 43/a - 46100 Mantova

Tel. e Fax: 0376/328508 - E-mail: [ordinev@tin.it](mailto:ordinev@tin.it) - [www.ordineveterinarimantova.it](http://www.ordineveterinarimantova.it)

Apertura ufficio: martedì (8.30-12.30 e 13.30-17.30), giovedì (8.30-12.30) e sabato (8.30-12.30)

## PROSPETTO INFORMATIVO

### ADEMPIMENTI PER L'ISCRIZIONE NELL'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 e la cittadinanza;
  - l'assenza di condanne penali e carichi pendenti;
  - il godimento dei diritti civili;
  - il possesso del diploma di laurea e del titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario.
3. Resta ferma la facoltà dell'interessato di presentare spontaneamente tutti i certificati ed i documenti richiesti per l'iscrizione.
4. Alla domanda di iscrizione devono essere allegate: due fotografie formato tessera (una per l'Ordine ed una per il rilascio del tesserino di iscrizione), la fotocopia di un documento di riconoscimento e del codice fiscale (tesserino rilasciato dal Ministero delle Finanze o carta regionale dei servizi).
5. L'autenticazione della firma in calce alla domanda non è richiesta:
  - nel caso di presentazione di persona, se la sottoscrizione sia effettuata alla presenza dell'addetto a ricevere la domanda;
  - nel caso di presentazione a mezzo servizio postale o di un incaricato, se la domanda sia accompagnata dalla fotocopia (anche non autenticata) di un documento di riconoscimento in corso di validità, fronte retro.
6. Versamento di Euro 168,00 sul c/c postale n. 8003 per tassa di Concessione Governativa (utilizzare i bollettini già prestampati reperibili presso gli uffici postali intestati ad Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara - Tasse Concessioni Governative (codice da utilizzare: 8617). Solo nei bollettini non prestampati è obbligatorio indicare sul retro la causale "Iscrizione all'Albo professionale dei medici veterinari anno \_\_\_\_). Si richiede la consegna all'Ordine della ricevuta di pagamento del bollettino postale.
7. Responsabile del procedimento istruttorio relativo alle domande di iscrizione all'Albo è il Segretario dell'Ordine, Dr.ssa Barbara Dedola, che è a disposizione del pubblico in sede nei giorni ed orari di apertura dell'ufficio, salvo impegni di lavoro.
8. Ai sensi dell'art. 10 della Legge n. 675/96, si informa che i dati personali obbligatoriamente richiesti per l'iscrizione nell'Albo sono raccolti e detenuti nella sede dell'Ordine, in conformità al D.L.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 e al D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, al solo fine dell'espletamento dei compiti ivi previsti.

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE  
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

(marca da bollo  
da € 16,00)

**All'Ordine dei Medici Veterinari  
della Provincia di Mantova**  
Via Accademia, 43/a  
46100 Mantova

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, in possesso del titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario,

**CHIEDE**

di essere iscritto/a all'Albo dei Medici Veterinari di questa Provincia.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle responsabilità penali, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA:**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere residente in Via \_\_\_\_\_
- Località \_\_\_\_\_
- CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_;
- tel. \_\_\_\_\_; cell. \_\_\_\_\_;
- e-mail: \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino/a (indicare la nazionalità) \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito il Diploma di laurea in Medicina Veterinaria presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella 1<sup>a</sup> / 2<sup>a</sup> sessione dell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali;
- di essere nel pieno godimento dei diritti civili;
- che l'attività prevalente che si intende svolgere è (es. Libero Professionista piccoli animali):

che intende esercitare la professione nella Provincia di iscrizione <sup>(1)</sup>

- Dichiaro e sottoscrivo, 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.
- Si impegna a comunicare tempestivamente all'Ordine l'eventuale variazione di indirizzo, di residenza, del recapito telefonico e dell'indirizzo e-mail.
- Dichiaro di aver preso visione del Codice Deontologico e di accettarne i principi in esso contenuti.

- Permette che i propri dati personali, in possesso o assunti dall'Ordine dei Medici Veterinari di Mantova, titolare del trattamento, siano utilizzati esclusivamente ai fini amministrativi e contabili e siano conservati in archivi cartacei ed elettronici nel rispetto delle misure di sicurezza previste dall'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196. Inoltre autorizza l'Ordine a comunicare a terzi i propri dati personali, in relazione ad adempimenti connessi all'attività amministrativa. Per nessuna ragione i predetti dati saranno utilizzati a fini diversi.

Autorizza  SI  NO

la divulgazione dei propri dati alle Società che ne facciano richiesta presso l'Ordine a scopi divulgativi, non istituzionali. I dati rilasciati sono intesi come strettamente riservati ed in qualunque momento potrà esercitare i diritti riconosciuti dal D. Lgs 196/2003 e successive modifiche e chiederne l'aggiornamento, la modifica e la revoca dell'autorizzazione a divulgarli.

Desidera  SI  NO

ricevere la newsletter della FNOVI

*Allega alla presente:*

- *n. 2 fotografie formato tessera*
- *fotocopia del codice fiscale e della carta di identità*
- *ricevuta del versamento della tassa di concessioni governative*

\_\_\_\_\_ (luogo e data)

\_\_\_\_\_ FIRMA (2)

Visto in data \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

*Il Segretario  
Dr.ssa Barbara Dedola*

PROT. \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

(1) *Da compilare per coloro che hanno la residenza diversa dalla Provincia dell'iscrizione.*

(2) *La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza dell'addetto alla ricezione della domanda, ovvero se questa sia presentata (anche per posta o da un incaricato) unitamente alla fotocopia di un documento di identità dell'istante.*