

Spett.le  
Ordine dei Medici Veterinari della  
Provincia di **PAVIA**

## DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa: .....

codice fiscale: .....

in possesso del titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario,

### CHIEDE

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

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle responsabilità penali in cui si può incorrere in caso di dichiarazioni non vere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46, 47, 75, 76 del D.P.R. 445/2000

### DICHIARA

di essere nato/a a: ..... prov./stato: ..... il: .....

di essere residente a (località): ..... prov.: ..... cap: .....  
via: ..... n.ro.: .....

di avere domicilio a (località): ..... prov.: ..... cap: .....  
via: ..... n.ro.: .....

di avere i seguenti recapiti:  
telefono: ..... cellulare: .....  
e-mail: ..... pec: .....

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 (gg/mm/aaaa): .....

di aver superato l'esame di abilitazione professionale presso l'Università degli Studi  
di: ....., in data (gg/mm/aaaa): .....

di non aver riportato condanne penali e di essere nel pieno godimento dei diritti civili, la non sussistenza di procedimenti penali o di procedimenti per l'applicazione di misure di sicurezza, o di procedimenti disciplinari anche eventualmente sospesi per esistente ricorso alla CCEPS.

di essere stato/a iscritto/a all'Albo dei Medici Veterinari  
della Provincia di: ..... dal: ..... al: ..... al n.ro: .....  
e di essere in regola con i contributi dovuti all'Ordine di provenienza e all'ENPAV

di intendere svolgere l'attività professionale nella Provincia di iscrizione.

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.**

**Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente all'Ordine l'eventuale variazione di indirizzo, di residenza e dei recapiti di riferimento.**

Dichiara altresì di impegnarsi dal momento dell'effettiva iscrizione all'Albo a conoscere validamente ed a rispettare quanto previsto dal Codice Deontologico approvato ed emanato dalla FNOVI.

Firma autocertificazione

Luogo..... data.....(2)

(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.

**Allega alla presente:**

- ▶ n. 2 fotografie formato tessera;
- ▶ n. 1 marca da bollo da € 16,00;
- ▶ Fotocopia del codice fiscale;
- ▶ Fotocopia della carta di identità;

Spazio riservato all'Ordine	
Approvato in data .....	Il Presidente (Dr. Davide Mazzocchi) .....

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

l'Ordine alla comunicazione a terzi dei miei dati personali in relazione ad adempimenti connessi all'attività amministrativa stessa.

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

la divulgazione dei miei dati personali a 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 Regolamento UE n. 2016/679- GDPR 2016/679 e successive modifiche, e chiederne l'aggiornamento, la modifica e la revoca dell'autorizzazione a divulgarli.

Luogo..... data ..... firma .....

## 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 **N. 1 marca da bollo da € 16,00**.

Nel contesto della domanda, **l'interessato auto-certifica** :

- il luogo e la data di nascita;
  - la residenza;
  - la cittadinanza;
  - il possesso del diploma di laurea e del titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Veterinario.
  - l'assenza di condanne penali e carichi pendenti;
  - il godimento dei diritti civili;
  - lo svolgimento dell'attività professionale nella Provincia di quest'Ordine.
2. Alla domanda di iscrizione devono essere allegate **N. 2 fotografie formato tessera** (di cui una per il rilascio del tesserino dell'Ordine provinciale), **una fotocopia del codice fiscale e una fotocopia della carta di identità**.
  3. **Resta ferma la facoltà dell'interessato di presentare spontaneamente tutti i certificati ed i documenti richiesti per l'iscrizione.**
  4. L'autenticazione della firma in calce alla domanda non è richiesta:
    - nel caso di presentazione di persona, in quanto la sottoscrizione è effettuata alla presenza dell'addetto a ricevere la domanda;
    - nel caso di presentazione a mezzo servizio postale, mail o di un incaricato, se la domanda sia accompagnata dalla fotocopia fronte retro (anche non autenticata) di un documento di riconoscimento in corso di validità.
  5. Ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, la informiamo che i dati personali obbligatoriamente richiesti per l'iscrizione nell'Albo Professionale, sono raccolti e detenuti nella sede dell'Ordine, in conformità al D.L.C.P.S. 13/09/1946 n. 233 e al D.P.R. 05/04/1950, n. 221, e formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Veterinari di Pavia.

Ordine dei Medici Veterinari della provincia di Pavia  
Privata Strada Campeggi, 61 - 27100 Pavia PV  
Telefono e fax: 0382 529655  
mail: [info@veterinari.pv.it](mailto:info@veterinari.pv.it)  
PEC: [ordinevet.pv@pec.fnovi.it](mailto:ordinevet.pv@pec.fnovi.it)  
sito web: [www.veterinari.pv.it](http://www.veterinari.pv.it)

**MODULO DI ADESIONE AL SERVIZIO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA – PEC (Mod. Titolare)  
Ordine dei Medici Veterinari della provincia di Pavia**

Il servizio PEC (Posta Elettronica Certificata) viene erogato da ArubaPEC Spa, società accreditata presso il CNPA (Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione) e come tale iscritta nell'elenco pubblico dei gestori di posta elettronica certificata e gestito dall'Ordine dei Medici Veterinari della provincia di Pavia.

Il Titolare, con il presente modulo di adesione compilato in ogni sua parte e sottoscritto, si impegna a concludere un contratto per l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata) con l'Ordine dei Medici Veterinari della provincia di Pavia.

**Dati del Titolare**

**Nome e Cognome:** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale:** \_\_\_\_\_

**Residente nel Comune di:** \_\_\_\_\_ **Cap** \_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_

**Indirizzo:** \_\_\_\_\_

**Telefono:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Documenti d'Identità (compilare un solo campo):**

Carta d'Identità No. \_\_\_\_\_ oppure:

Patente (solo se rilasciata dalla Prefettura) No. \_\_\_\_\_

Il Titolare delle caselle Pec come sopra descritto prende atto ed accetta che:

- le caratteristiche e la durata del servizio sono definite nelle Condizioni Generali di Contratto Titolare di posta elettronica certificata PEC;
- Il contratto si considera concluso ai sensi dell'art. 3 delle Condizioni Generali di Contratto Titolare del servizio PEC che il Titolare dichiara di conoscere ed accettare integralmente.

Il Titolare, inoltre, dichiara:

- che i dati forniti sono esatti e veritieri;
- di impegnarsi ad osservare le Condizioni Generali di Contratto Titolare del servizio PEC e del Manuale Operativo pubblicati sul sito del gestore <http://www.arubapec.it> (sezione Documentazione)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c. si dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le clausole seguenti: 3. conclusione del contratto 4. Requisiti; 5. Documentazione; 7. Assistenza; 8. Obblighi, divieti e responsabilità del Titolare della Casella Pec; 9. Limitazioni di responsabilità del Gestore; 10. Dati relativi al traffico; 11. Informativa Privacy. ; 12. Cambi di proprietà e modifiche ai dati; 13. Recesso e Clausola risolutiva espressa; 14. Rinvio al manuale operativo; 16. Foro competente

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Manifestazione di consenso al 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 obbligatoriamente richiesti sono raccolti e detenuti nella sede dell'Ordine, in conformità al D.L.C.P.S. 13/09/1946, n. 233 e al DPR 05/04/1950, n. 221 e formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Veterinari di Pavia.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## Termini e condizioni Newsletter FOVI

Si informa che i dati personali inviati tramite form al sito [www.fnovi.it](http://www.fnovi.it) sono utilizzati con lo scopo principale di inviare periodicamente una Newsletter contenente notizie, informazioni e iniziative legate ai temi trattati nel sito.

La presente newsletter è erogata solo a coloro che ne fanno esplicita richiesta e che autorizzano [www.fnovi.it](http://www.fnovi.it) al trattamento dei propri dati personali. Per informazioni specifiche sulla privacy e sul trattamento dei dati personali si ricorda che l'iscrizione alla Newsletter è subordinata alla presa visione ed all'accettazione della relativa informativa. Ogni iscritto ha facoltà di cancellarsi dalla Newsletter in qualsiasi momento seguendo le istruzioni riportate in ogni e-mail ricevuta.

### INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE DELLA PRIVACY (D. LGS. 196 - 30/06/2003)

Ai sensi della legge 196/2003, la informiamo che i suoi dati saranno utilizzati per trasmettere via e-mail la newsletter come richiesto. Il conferimento dei dati è facoltativo. I dati personali raccolti da sono utilizzati per sole operazioni di invio sopra elencate. I dati come sopra specificati e raccolti sono conservati su supporto informatico. Lei può cancellare i dati, in qualsiasi momento e senza intermediazione, autonomamente e sotto la propria responsabilità, attraverso una procedura automatizzata on line messa a disposizione da [www.fnovi.it](http://www.fnovi.it). Potrà, in qualunque momento, esercitare i diritti previsti all'art. 7 D. Lgs. 196/2003 ed in particolare chiedere a FNOVI, nella qualità di titolare del trattamento dei dati, l'accesso ai suoi dati personali nonché la cancellazione, l'aggiornamento o la modifica degli stessi.

Con la presente

**AUTORIZZO**       **NON AUTORIZZO**

Data: .....

Cognome e Nome: .....

Firma