

Marca da
bollo € 16,00

**ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI
DI CAMPOBASSO**

La /il sottoscritta/oCodice fiscale

nata/o aProvincia Il

residente a.....Provincia..... C.a.p.....

recapiti telefonici.....

Medico Veterinario iscritto a codesto Ordine al numero.....dall'anno.....

DICHIARA

- di non aver riportato condanne penali e di essere nel pieno godimento dei diritti civili.
- di aver corrisposto all'Ordine di provenienza la quota di iscrizione per l'anno in corso e di essere in regola col versamento dei contributi ENPAV.
- di essere informato ai sensi Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, che i dati obbligatoriamente richiesti per l'iscrizione all'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.
- che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

CHIEDE

- DI ESSERE CANCELLATO per dimissioni/rinuncia all'iscrizione all'Albo dei Medici Veterinari di questa Provincia a far data dalla prima riunione del Consiglio Direttivo.
- DI ESSERE CANCELLATO per dimissioni/rinuncia all'iscrizione all'Albo dei Medici Veterinari di questa Provincia a far data dal
- DI ESSERE CANCELLATO dall'Albo dei Medici Veterinari di questa Provincia a far data dalla prima riunione del Consiglio Direttivo PER TRASFERIMENTO ALL'ESTERO

Firma