

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI LIVORNO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_ in possesso

del titolo di abilitazione all'esercizio della professione di

Medico Veterinario,

CHIEDE

Di essere iscritto nell'Albo dei Medici Veterinari di questa  
provincia.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della legge 4 gennaio

1968, n. 15, e successive modifiche e integrazioni, il

sottoscritto, consapevole della responsabilità penale in cui

può incorrere nel caso di falsità in atti o dichiarazioni

mendaci e delle sanzioni previste dall'art. 26 della citata

legge n. 15/68,

DICHIARA

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;

di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in Via

\_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_,

cell. \_\_\_\_\_, E-Mail \_\_\_\_\_;

di essere cittadino italiano;

di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina

Veterinaria presso l'Università degli studi di

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

di aver superato l'esame di Abilitazione Professionale presso  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ nella sessione  
di \_\_\_\_\_;

di non aver riportato condanne penali;

di essere nel pieno godimento dei diritti civili;

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.

Allega alla presente:

n. 2 fotografie formato tessera;

Fotocopia del codice fiscale

Ricevuta bollettino postale di € 168,00 sul cc. 8003 sulle  
concessioni governative

Luogo e data:

Il/la sottoscritto/a

---