



ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DELL'AQUILA

SEGRETERIA: Via Acqui, 6 – 67051 AVEZZANO (AQ)

Tel./Fax: 0863/1940157 – cell: 338/7127154

e-mail: info@mediciveterinariaq.it

sito web: www.mediciveterinariaq.it

PEC: ordinevet.aq@pec.fnovi.it

DOMANDA DI TRASFERIMENTO

All'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia dell'Aquila

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

codice fiscale _____

Nato/a a _____

il _____

Iscritto/a a questo Ordine al numero _____

dal _____

CHIEDE

Il prescritto nulla osta dell'Ordine del proprio trasferimento all'Ordine di _____

per:

a) Trasferimento della propria residenza nella Provincia di competenza dell'Ordine nel quale si chiede il trasferimento (specificare l'attuale residenza) _____

b) Sede lavorativa nella provincia di competenza dell'Ordine nel quale si chiede il trasferimento (specificare qualifica e sede lavorativa) _____

Contestualmente



ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DELL'AQUILA

SEGRETERIA: Via Acqui, 6 – 67051 AVEZZANO (AQ)

Tel./Fax: 0863/1940157 – cell: 338/7127154

e-mail: info@mediciveterinariaq.it

sito web: www.mediciveterinariaq.it

PEC: ordinevet.aq@pec.fnovi.it

DICHIARA

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

- di non aver riportato condanne penali e di essere nel pieno godimento dei diritti civili alla 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 in regola con i contributi ordinistici e previdenziali obbligatori ove previsti

Luogo _____ data _____ Firma _____

Si allega copia di Documento di Identità

