



## ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DELL'AQUILA

Via Giovanni Gronchi, 16 - 67100 L'AQUILA  
Tel.: (+39) 3484682064 - Fax: 0863 1850450  
e-mail: [info@mediciveterinariaq.it](mailto:info@mediciveterinariaq.it)  
sito web: [www.mediciveterinariaq.it](http://www.mediciveterinariaq.it)  
PEC: [info@pec.mediciveterinariaq.it](mailto:info@pec.mediciveterinariaq.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 al 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

#### 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