



Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di L'Aquila

Modulo di autocertificazione

(art.45- 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo residenza Città _____ Prov. _____

Via _____ n° _____ Cap _____

Indirizzo domicilio Città _____ Prov. _____

Via _____ n° _____ Cap _____

Tipologia professione _____

Email _____

Cell. _____ tel. _____

Pec _____

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarà punito ai sensi del Cod. Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del D.P.R. n°445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs. 196/03

Luogo _____ data _____

Firma

Via Giovanni Gronchi, 16 - Loc. Campo di Pile - 67100 L'AQUILA

e-mail: info@mediciveterinariaq.it

PEC: ordinevet.aq@pec.fnovi.it

tel. 348.4682064

www.mediciveterinariaq.it