**Domanda d’inserimento nell’ Albo Regionale dei Veterinari Riconosciuti della Regione Abruzzo**

*- Il presente form può essere compilato elettronicamente tramite Microsoft Word -*

Il/La sottoscritto/a dott.                                          Medico Veterinario esercitante la L.P.,

nato/a a                          prov.      il     /     /           (gg/mm/anno)

C.F.                                    residente a                                prov (     )

indirizzo e n. Civico

**Chiede** di essere inserito nell’Albo Regionale dei Veterinari Riconosciuti della Regione Abruzzo (DGR 1289 dell’11 ottobre 2000, DGR 1664 del 14 dicembre 2000, DGR 331 del 22 maggio 2002).

**DICHIARA:**

1. Di essere iscritto/a all’Ordine Professionale della Provincia di            al N.ro           ;

 ed ha svolto in prevalenza la seguente attività professionale sui seguenti animali:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Cani/Gatti | [ ]  Bovini | [ ]  Ovini/Caprini | [ ]  Suini |
| [ ]  Equini | [ ]  Polli/Tacchini ecc. | [ ]  Conigli | [ ]  Acquacoltura |
| [ ]  Pesci ornamentali | [ ]  Rettili | [ ]  Uccelli da voliera | [ ]  Api |
| [ ]  selvatici | [ ]  HACCP | [ ]  mangimistica | [ ]             |
|  |  |  |  |

1. Di voler esercitare la propria attività nei seguenti campi:

[ ]  Sanità animale (anagrafi animali da reddito, profilassi, certificazioni per spostamenti, certificazioni per somministrazione farmaci, operatore piani di sorveglianza ecc.);

[ ]  Animali d’affezione (anagrafe animali d’affezione, controllo del randagismo e della Leishmaniosi ecc.);

[ ]  Igiene degli alimenti (incaricato di igiene e controllo prodotti di origine animale, HACCP ecc.);

[ ]  Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche (mangimistica, benessere animale, informatore farmaceutico, allevamenti avi-cunicoli);

1. È disposto a fornire le proprie prestazioni professionali, nel territorio di competenza dell’Azienda USL di:

 **[ ]**  ASL 01 - L’AQUILA **[ ]** ASL 02 - CHIETI [ ]  ASL 03 - PESCARA [ ]  ASL 04 – TERAMO

**d)** Di essere fornito, in funzione delle attività da svolgere, della dotazione strumentale informatica e sanitaria

 necessaria.

**e)** Di impegnarsi a frequentare il primo corso utile - di formazione e aggiornamenti - riconosciuto dalla Regione

 Abruzzo

f) Di accettare espressamente, senza riserva alcuna, che ogni comunicazione relativa all’Albo regionale avvenga sul

recapito di posta elettronica (e-mail) sotto indicato.

**Pag.1**

**RECAPITI PERSONALI**

Tel.:                                         cell.:

 e-mail:                          @

|  |
| --- |
|  **Eventuale indirizzo lavorativo:** c/o                                          Indirizzo                                    cap            comune                      prov            tel.                          cell.                                e-mail                          @                      |

Ai sensi della L. 675 del 31 dicembre 1996 e successive modificazioni e integrazioni, autorizzo il trattamento dei dati personali per le finalità e alla stesura degli atti e provvedimenti consequenziali alle Delibere di GR 1289/2000, 1664/2000 e 331/ 2002.

**N.B. Si allega curriculum professionale**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **FIRMA RICHIEDENTE**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART. 13, D. LGS 196/03 (NORMATIVA SULLA PRIVACY**

 I dati da Lei dichiarati saranno utilizzati dagli Uffici esclusivamente per l’istruttoria dell’istanza da Lei formulata e per le finalità strettamente connesse.

 Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaborati elettronici a disposizione degli uffici.

 I dati, ove richiesti, verranno comunicati alla regione Abruzzo per la gestione dei flussi informativi.

 Il conferimento dei dati è obbligatorio.

 La conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la seguente: non rilascio dell’autorizzazione.

 Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall’art. 7 e segg. del Decreto Legislativo 196/03, rivolgendosi all’indirizzo specificato.

Il sottoscritto, in accordo con la normativa vigente, acconsente che i dati riportati sulla presente domanda vengano utilizzati solo ai fini dell’espletamento della pratica in corso.

 **Li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA RICHIEDENTE**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pag2**