

Luogo e data

Spett.le
**Ordine dei Medici Veterinari della
Provincia di Arezzo**

Aggiornamento dati Struttura Veterinaria

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa:

nato/a a: prov./stato: il:

residente in (località): prov: cap:

via: n.ro:

telefono: e-mail:

Iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici Veterinari di: al n.ro:

in qualità di: (barrare la voce interessata)

Titolare; Legale rappresentante; Dir. Sanitario; altro (indicare)

della struttura: (cfr. allegato)

soggetta alle autorizzazioni di legge,

COMUNICA

che i dati della sopracitata struttura sono da aggiornarsi come indicato nel modulo allegato.

Il sottoscritto è inoltre, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro chi dichiara il falso o chi esibisce atti falsi contenenti dati non rispondenti a verità, nonché degli obblighi previsti dal nuovo codice deontologico.

firma

.....

