

REGIONE CAMPANIA - FORM B

Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) _____
(cognome) _____
nato a (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____ il _____
e residente in (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____
alla via _____ n. _____
CAP _____ C.F. _____
domicilio digitale _____

AUTOCERTIFICA

- di essere laureato in medicina veterinaria
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di _____
- di assumere la responsabilità della scorta di farmaci veterinari detenuti presso:
 - studio veterinario
 - ambulatorio veterinario
 - clinica veterinaria - casa di cura veterinaria
 - ospedale veterinario
 - allevamento di animali destinati alla produzione di alimenti (DPA)
 - allevamento di animali non destinati alla produzione di alimenti (non DPA)

sito nel Comune di _____
alla via _____ n _____
CAP _____ condotto da _____

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

_____, li _____

FIRMA