

## REGIONE CAMPANIA - FORM N

### 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 sanitaria della:
  - ambulatorio veterinario
  - clinica veterinaria - casa di cura veterinaria
  - ospedale veterinariosito 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