

(marca da bollo)

**ALL 'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI  
DELLA PROVINCIA DI FROSINONE**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' - Art. 47 D.P.R. N. 445 del 28 Dicembre 2000, prodotta ai sensi dell'Art. 9 - lettera e), D.L.C.P.S. n. 233/46, così come modificato dalla Legge 362/91, **IN RELAZIONE ALLA UBICAZIONE NELLA PROVINCIA DI FROSINONE, DELLA SEDE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE.**

Il/la sottoscritto/a dott./ssa .....

Nato/a a..... (prov.....) il.....

cittadino/a.....residente in.....(prov.....)

c.a.p. ....via.....

domicilio professionale in .....(prov.....)

cap..... via.....

tel.....cell.....

consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art.75 DPR 445/2000).

**DICHIARA DI:**

Fissare il proprio domicilio professionale quale

[ ] b) libero professionista (N° partita IVA.....)

con studio in..... Via.....

telefono..... cellulare..... e-mail.....

PEC.....

*Desidera ricevere la corrispondenza presso:*

la residenza

la sede della attività professionale

Il sottoscritto è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e alle finalità istituzionali dell'Ordine.

Data ..... Firma .....

invio per posta

ai sensi dell'art. 38, comma 3, del d.p.r. n. 445/2000 allega fotocopia non autenticata del documento d'identità.

---

**SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE**

presentazione diretta all'impiegato/a addetto/a

la firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del d.p.r. n. 445/2000, in presenza di

sig./sig.ra.....

(firma del funzionario)

---