Alla Giunta Regionale d'Abruzzo
Dipartimento per la Salute e il Welfare
Servizio di Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare
Via Conte di Ruvo, 74
65127 P E S C A R A

e-mail: sivra@regione.abruzzo.it - Tel: 085 7672727 –

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:

a) 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	☐ _____

b) 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);

c) 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 seguente dotazione strumentale:
☐ PC con accesso internet ☐ Fotocamera digitale ☐ Cutimetro
☐ Lettore di microchip ☐ Scanner ☐ Altro _____

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 proprio recapito di posta elettronica (e-mail) sotto indicato:

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.

Firma

_____Li_____

_____

N.B. Si allega curriculum professionale