

## DOMANDA DI INSERIMENTO IN ELENCO DEI LIBERI-PROFESSIONISTI CHE SVOLGONO ATTIVITA' VETERINARIA

All'Authority per l'autorizzazione, l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-educativi

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Cod.ISS/CF \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_, Fax \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

COE \_\_\_\_\_

In possesso della Laurea in \_\_\_\_\_

e dell'abilitazione all'esercizio professionale in \_\_\_\_\_

Chiede di essere inserito nell'elenco dei **MEDICI VETERINARI della Rep. di San Marino**

Detta attività è **soggetta a vigilanza.**

Si dichiara che l'attività verrà svolta presso

STRUTTURE AUTORIZZATE

DOMICILIO CLIENTI

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di essere a conoscenza che le informazioni ed i dati forniti nell'ambito di procedimenti amministrativi e per la fruizione di servizi erogati dall'Amministrazione saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul portale dello Stato [www.sanmarino.sm](http://www.sanmarino.sm) – Canali Tematici "Informativa per il trattamento dei dati personali"

\_\_\_\_\_