

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 – Canali Tematici "Informativa per il trattamento dei dati personali"
