

DOMANDA DI ISCRIZIONE STP

AL **CONSIGLIO DELL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI BARI**
Via Salvatore Quasimodo, 37/Q – 70126 BARI – Tel: 080 9758861 / 351 6260167
PEC: ordinevet.ba@pec.fnovi.it; E-mail: info@ordinemediciveterinaribari.it

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
C.F. _____ legale rappresentante della Società tra Professionisti denominata

_____ con sede legale in _____ via (indicare se presenti anche le sedi secondarie)

_____ iscritta al registro delle imprese di _____ al n. _____ dal _____
_____ avente come oggetto sociale _____
_____ indirizzo mail della STP _____ Indirizzo PEC
della STP _____ telefono della STP _____

CHIEDE

a codesto Consiglio Direttivo Provinciale, ai sensi degli articoli 8 e 9 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34, di
iscrivere detta società nella sezione Speciale dell'Albo dell'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Bari.

Allega alla presente la documentazione obbligatoria come da elenco sotto riportato*:

- 1) Atto costitutivo e statuto della società in copia autentica o, nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti l'amministrazione della società;
- 2) Elenco nominativo: a) dei soci che hanno la rappresentanza; b) dei soci iscritti all'Albo; c) degli altri soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza (Allegato 1);
- 3) certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
- 4) certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
- 5) dichiarazioni di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n.34;
- 6) dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato 2);
- 7) ricevuta del versamento di euro 200,00 (duecento/00) da effettuarsi su c/c bancario IBAN n° IT29 W020 0804 0330 0010 2828 715 acceso presso la Banca Unicredit filiale di Bari via Magna Grecia, 49, intestato all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Bari precisando come causale: "Quota iscrizione Albo Professionale STP" indicando la denominazione della STP;
- 8) ricevuta del versamento di euro 168,00 (centosessantotto/00) da effettuarsi su c/c postale 8003 intestato a "Tasse Concessioni Governative – Pescara" indicando come causale: "Iscrizione Albo Professionale – sezione speciale Società tra Professionisti";
- 9) una marca da bollo di euro 16,00 (sedici/00), da applicare sulla presente domanda;
- 10) copia di un proprio documento d'identità in corso di validità e "informativa trattamento dati personali", due pagine totali, datata e firmata.

Confidando in una favorevole accoglienza della presente istanza, invia cordiali saluti

_____, _____ Firma _____ (1)

*Art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47."

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza dell'addetto alla ricezione della domanda, (previo accertamento dell'identità della persona che sottoscrive) ovvero se la stessa è presentata allegando copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore.

DOMANDA DI ISCRIZIONE STP

(Allegato 1)

Oggetto: Elenco nominativo dei soci che hanno la rappresentanza, dei soci iscritti all'Albo e degli altri soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza della STP denominata " _____ " - Codice Fiscale e numero di iscrizione al Registro Imprese: _____.

La/Il sottoscritta/o dott.ssa/dott. _____ c.f. _____ nata/o a _____ (____) il _____, domiciliata/o a _____ (____) alla via _____, n. __, CAP _____, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28/12/2000 n° 445, e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni non vere, formazione o uso di atti falsi, previste agli articoli 75 e 76 del citato D.P.R. n° 445/2000,

dichiara

l'elenco nominativo dei soci della STP denominata " _____ " C.F. della STP _____:

1) Elenco nominativo dei soci che hanno la rappresentanza:

- _____;
- _____;

2) Elenco nominativo dei soci iscritti all'ALBO (Medici Veterinari):

- _____;
- _____;
- _____;

3) Elenco nominativo altri soci (Indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza; se non ci sono altri soci riportare la frase: NON ESISTONO ALTRI SOCI):

- _____;
- _____;
- _____;

_____, _____

Firma (del legale rappresentante)

_____ (1)

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza dell'addetto alla ricezione della dichiarazione, (previo accertamento dell'identità della persona che sottoscrive) ovvero se la stessa è presentata allegando copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore.

DOMANDA DI ISCRIZIONE STP

Oggetto: Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità di cui all'articolo 6 del D.M. 8 febbraio 2013, 34. Dott.ssa/Dott. _____.

La/Il sottoscritta/o dott.ssa/dott. _____ nata/o a _____
(____) il _____ domiciliata/o in _____ (____)
Via _____, n. _____, C.F.:
_____, Medico Veterinario iscritta/o presso l'Ordine dei Medici
Veterinari della Provincia di Bari al n. _____, in qualità di Legale Rappresentante della STP denominata
in sigla: "_____", con sede legale in _____ (____)
alla via _____, n. _____, CAP _____, iscritta nel registro delle imprese
di _____ al n. _____ dal _____,

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28/12/2000 n° 445, e successive modifiche ed integrazioni,
consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni non vere, formazione o uso di
atti falsi, previste agli articoli 75 e 76 del citato D.P.R. n° 445/2000,

DICHIARA,

l'insussistenza di incompatibilità di cui all'articolo 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34.

_____, _____

firma _____ (1)

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza dell'addetto alla ricezione della dichiarazione, (previo accertamento dell'identità della persona che sottoscrive) ovvero se la stessa è presentata allegando copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore.

DOMANDA DI ISCRIZIONE STP

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(Allegato 2)

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritta/o dott.ssa/dott. _____ c.f. _____ nata/o a _____ (____) il _____, domiciliata/o a _____ (____) in via _____, n. _____, CAP _____, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28/12/2000 n° 445, e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni non vere, formazione o uso di atti falsi, previste agli articoli 75 e 76 del citato D.P.R. n° 445/2000,

DICHIARA

Di essere in regola con il pagamento dei contributi previdenziali;

Di non partecipare ad altre società professionali in qualunque forma e a qualunque titolo, indipendentemente dall'oggetto della stessa STP;

Che non ci sono soci non professionisti nella STP denominata " _____
_____";

Che i soci professionisti della STP denominata " _____
_____ " sono in possesso dei requisiti di onorabilità previsti per l'iscrizione all'albo professionale cui la società è iscritta ai sensi dell'articolo 8 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34;

Di non avere precedenti penali di alcun tipo o riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo;

Di avere il pieno godimento dei diritti civili;

Di essere di buona condotta morale e civile.

_____, _____ Firma _____ (1)

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza dell'addetto alla ricezione della dichiarazione, (previo accertamento dell'identità della persona che sottoscrive) ovvero se la stessa è presentata allegando copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore

ORDINE dei MEDICI VETERINARI della PROVINCIA di BARI
INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Veterinari di **BARI**. **Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei medici veterinari di **BARI** nella persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore Dott. **Antonio V.F. DI BELLO** domiciliato per la carica in 70126 Bari alla Via Salvatore Quasimodo 37/Q.

Responsabile della protezione dei dati (RPD)

Il responsabile della protezione dei dati (RPD) è la dott.ssa **Sonia SAULLE** ed il Responsabile del trattamento è la il Dott. **DI PINTO Pietro** Consigliere con funzioni di "Segretario" pro-tempore del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei medici veterinari di **BARI**.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, incluse le opportune comunicazioni alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Veterinari Italiani (FNOVI) per la tenuta dell'Albo Unico Nazionale ai sensi del DPR 7 agosto 2012 n. 137.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al Consiglio Direttivo dell'Ordine dei medici veterinari di Bari dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "*l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*". Tali categorie di dati potranno essere trattate dal Consiglio Direttivo dell'Ordine dei medici veterinari di **BARI** solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Firma _____

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati; d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- h) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- i) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al responsabile della protezione dei dati (RPD), all'indirizzo postale della sede legale dell'Ordine dei Medici Veterinari di Bari od all'indirizzo PEC ordinevet.ba@pec.fnovi.it

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Luogo e data _____

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> esprimo il consenso | <input type="checkbox"/> NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati |
| <input type="checkbox"/> esprimo il consenso | <input type="checkbox"/> NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa |
| <input type="checkbox"/> esprimo il consenso | <input type="checkbox"/> NON esprimo il consenso alla ricezione delle informative inviate dall'Ordine dei Medici Veterinari di Bari e dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Veterinari Italiani. |

FIRMA
