

# RICHIESTA APPLICAZIONE CONTRIBUTO RIDOTTO

**Spett.le**  
**ORDINE DEI MEDICI VETERINARI**  
**DELLA PROVINCIA DI**  
**RAGUSA**

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_, nata/o

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente a

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,

C.F.: \_\_\_\_\_, iscritta/o al numero \_\_\_\_\_

del Registro di Anzianità dell'Ordine dei Medici Veterinari di Ragusa

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, e in particolare delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della legge n. 15/1968 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi e per gli effetti degli artt.2 e 4 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni e integrazioni, e degli artt. 1 e 2 del DPR n. 403/1998,

## **A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI DICHIARA**

**1)** di essere iscritto all'Albo dei Medici Veterinari di Ragusa dal \_\_\_\_\_

**2)** di essere Titolare di pensione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**3)** di non esercitare la professione dal \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

L'applicazione del contributo ridotto previsto per gli iscritti in pensione

**Ragusa li** \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- 1. FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**