

- Compila TUTTI i campi
- Scrivi in STAMPATELLO
- Conserva una fotocopia di questa scheda per il tuo archivio
- Assegni e ricevute di bonifico o di versamento su CCP inviate senza la presente scheda NON saranno prese in considerazione.

COGNOME
NOME

DATI FISCALI

CODICE FISCALE
Obbligatorio ai fini E.C.M.
PARTITA I.V.A.

RECAPITO PRIVATO

INDIRIZZO
CAP / COMUNE / PROV
NAZIONE
TELEFONO
FAX
CELLULARE
E-MAIL

RECAPITO PROFESSIONALE (DATO OBBLIGATORIO SE ESISTENTE)

DENOM. STRUTTURA
DIPARTIMENTO
INDIRIZZO
CAP / COMUNE / PROV
NAZIONE
TELEFONO
FAX
CELLULARE
E-MAIL

RECAPITO DA UTILIZZARE PER LA CORRISPONDENZA

PRIVATO PROFESSIONALE

AREA DI PRINCIPALE INTERESSE

Indica in percentuale l'attività dedicata a ciascun settore

RICERCA DI BASE %
 TOSSICOLOGIA %
 ANIMAL CARE %
 CHIRURGIA E ANESTESIOLOGIA %
 ALTRO %

TIPOLOGIA DI IMPIEGO

LIBERO PROFESSIONISTA
 DIPENDENTE PUBBLICO
 DIPENDENTE PRIVATO
 ALTRO

RUOLO

VETERINARIO RESPONSABILE
 RICERCATORE
 VIGILANZA E CONTROLLO
 ALTRO

CHIEDE DI ISCRIVERSI ALLA SIVAL PER L'ANNO 2022 COME

NUOVO SOCIO RINNOVO

DICHIARO DI ESSERE

LAUREATO IN MEDICINA VETERINARIA, CITTADINO ITALIANO ISCRITTO ALL'ORDINE DEI VETERINARI DI
DALL'ANNO N° ISCRIZIONE ALL'ORDINE

VETERINARIO DI ALTRA NAZIONALITÀ

