

**MODALITÀ DI ISCRIZIONE**

1) On line tramite il sito <https://registration.scivac.it/> (DA PREFERIRE)

**OPPURE**

2) Mediante il seguente modulo da inviare (scegliere una sola modalità):  
Per posta o per Fax 0372/457091 o per e-mail  
(dettagli indicati in basso nella seconda pagina)

- Compila TUTTI i campi
- Scrivi in STAMPATELLO
- Per comunicare variazioni ai tuoi dati, spunta la casella VARIATO e indica i nuovi dati nella colonna di destra
- Assegni o ricevute di bonifico o di versamento su CCP inviate senza la presente scheda NON saranno prese in considerazione.

COGNOME

NOME

TESSERA SCIVAC NUMERO

SEI STATO ISCRITTO NEL 2018?  Sì  No

**DATI FISCALI**

	VARIATO	NUOVO DATO
CODICE FISCALE <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
PARTITA I.V.A. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**RECAPITO PRIVATO**

	VARIATO	NUOVO DATO
INDIRIZZO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
NAZIONE <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
TELEFONO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
FAX <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
CELLULARE <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
E-MAIL <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**RECAPITO PROFESSIONALE (DATO OBBLIGATORIO SE ESISTENTE)**

	VARIATO	NUOVO DATO
DENOM. STRUTTURA <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
DIPARTIMENTO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
CAP / COMUNE / PROV <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
NAZIONE <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
TELEFONO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
FAX <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
CELLULARE <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
E-MAIL <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**RECAPITO DA UTILIZZARE PER LA CORRISPONDENZA**

ATTUALE  PRIVATO  PROFESSIONALE  VARIATO  PRIVATO  PROFESSIONALE

**SETTORE DI PRINCIPALE OCCUPAZIONE/INTERESSE**

Indica in percentuale l'attività dedicata a ciascun settore

LIBERA PROFESSIONE  %

MEDICINA PUBBLICA  %

INSEGNAMENTO / RICERCA  %

INDUSTRIA  %

**STRUTTURA IN CUI IL SOTTOSCRITTO ESERCITA (DATO OBBLIGATORIO SE ESISTENTE)**

Indica la prevalente in caso di più strutture

STUDIO / AMBULATORIO VETERINARIO

CLINICA VETERINARIA

OSPEDALE VETERINARIO

LABORATORIO DI ANALISI

Ruolo

TITOLARE  SOCIO

DIRETTORE SANITARIO  COLLABORATORE

ASSOCIATO

REPERIBILITÀ  Sì  No

**DICHIARO DI ESSERE (SE LAUREATO INDICARE L'ANNO DI LAUREA)**

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

STUDENTE IN MEDICINA VETERINARIA (allegare certificato di iscrizione dell'anno in corso rilasciato dalla segreteria di facoltà)

VETERINARIO DI ALTRA NAZIONALITÀ

