

**DOMANDA DI INSERIMENTO NEL REGISTRO
DEI PRATICANTI LE MEDICINE NON CONVENZIONALI**

AL PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TERNI

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____ **in Via** _____ **n.** _____

tel _____ **cell** _____ **e-mail** _____

MEDICO CHIRURGO

ODONTOIATRA

Laurea conseguita c/o l'Università di _____ **in data** _____

Specializzazione/i in _____

conseguita c/o l'Università di _____ **in data** _____

Specializzazione/i in _____

conseguita c/o l'Università di _____ **in data** _____

Iscritto/a al N° _____ **dell'Albo Medici Chirurghi dal** _____

Iscritto/a al N° _____ **dell'Albo Odontoiatri dal** _____

CHIEDE

DI ESSERE INSERITO NEL REGISTRO DEI PRATICANTI LE MEDICINE
NON CONVENZIONALI RELATIVAMENTE ALLA:

- MEDICINA TRADIZIONALE CINESE AGOPUNTURA**
- FARMACOTERAPIA TRADIZIONALE CINESE**
- MEDICINA E FARMACOTERAPIA AYURVEDICA**
- MEDICINA OMEOPATICA** **UNICISTA** **PLURALISTA**
- MEDICINA ANTROPOSOFICA**
- OMOTOSSICOLOGIA**
- MEDICINA MANUALE**
- FITOTERAPIA**

Iscrizioni a società scientifiche: _____

Allega la relativa documentazione: _____

Dichiara di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i propri dati personali, ai sensi della L. 675/96.

DATA _____

FIRMA

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI TERNI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. –

D.P.R. 28/12/2000 n. 445 che il dott. _____ identificato a mezzo

di _____ ha sottoscritto in sua presenza

l'istanza.

DATA _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza