

DOMANDA di ISCRIZIONE
negli ELENCHI di PROFESSIONISTI ESERCENTI le MEDICINE non CONVENZIONALI
e AUTOCERTIFICAZIONI
rese ai sensi degli ARTT. 46 E 47 D.P.R. 445/2000 presentata presso
l'ORDINE dei MEDICI CHIRURGHI e degli ODONTOIATRI di MODENA

Il/la sottoscritto/a _____

- nato/a a _____ prov. _____ il _____

- C.F. _____ città di residenza _____ prov _____

- via _____ n. _____ Tel _____ Cell. _____

- e-mail _____ PEC _____

- iscritto presso questo Ordine all'Albo: MEDICI CHIRURGHI al N.° _____

ODONTOIATRI al N° _____

CHIEDE

l'iscrizione negli elenchi dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri esercenti le Medicine non Convenzionali tenuti da codesto Ordine ai sensi dell'Accordo Stato/Regioni Rep. Atti n. 54/CSR del 7 febbraio 2013 e segg. nella/e disciplina/e:

- 1) **AGOPUNTURA**
- 2) **FITOTERAPIA**
- 3) **OMEOPATIA**, nel sottoelenco:

- Omeopatia
- Omotossicologia
- Antroposofia

il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

ai sensi dell'art. 10 comma 3 dell'Accordo Stato Regioni n. 54/CSR del 7 febbraio 2013, di essere in possesso dei seguenti requisiti richiesti di cui allega la documentazione:

- 1) **Attestato:**

Data o periodo di conseguimento: _____

Soggetto (Ente, Istituto, Associazione, Scuola ecc ...) che ha rilasciato l'attestato:

Luogo del conseguimento o del rilascio del titolo: _____

Altro: _____

Si allegano n. _____ copie in carta semplice di diplomi, master, attestati, documenti o altro utile ai fini dell'istruttoria di iscrizione, conformi agli originali in mio possesso;

- Acconsente a che il proprio nominativo venga registrato negli elenchi che potranno essere pubblicati su:
 - Albo
 - Sito Web
 - Pubblicazioni ordinistiche;
- Dichiaro, inoltre, di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i propri dati personali, ai sensi della legge 196/2003.

Data

FIRMA*

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di un dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI MODENA**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

RICEVUTO PER POSTA E/O PER IL TRAMITE DI TERZA PERSONA

SIG. _____

(ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA')

FIRMA E TIMBRO
