



APPLICARE
MARCA DA BOLLO
€ 16,00

DOMANDA DI INSERIMENTO NEL REGISTRO DI MEDICINA ESTETICA

AL PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA
Via Settevalli 131 06129 PERUGIA

Il sottoscritto Dott.
nato a (Prov.) il
Comune di residenza (Prov.)
indirizzo CAP
Tel Cell. e-mail
laureato in ed iscritto nell'apposito Albo con posizione n.
e con studio professionale nel Comune di
indirizzo CAP
Tel Cell. e-mail

DICHIARA (Art.46 D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000)

➤ di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

- in
conseguita il presso l'Università di con voto
- in
conseguita il presso l'Università di con voto

Chiede di essere incluso nel REGISTRO DI MEDICINA ESTETICA istituito dal Consiglio Direttivo dell'Ordine in data 13/01/2020, con deliberazione n. 9 del gennaio 2020 (vedasi regolamento)

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione (fotocopie autenticate e/o dichiarazioni sostitutive) comprovante il possesso di uno dei titoli previsti dalla disciplina determinata da codesto Ordine professionale.

- 1) N. _____ attestato/i relativo/i al CORSO di Medicina Estetica superato (con indicazione: dell'obbligo di frequenza, degli anni di durata, del numero di lezioni teoriche, del numero di ore di lezioni pratiche, e del superamento, o meno, di un esame finale).
- 2) N. _____ attestato/i di partecipazione a MASTER e/o CONGRESSI e/o CORSI di Perfezionamento in Medicina Estetica.
- 3) N. _____ attestato/i relativo/i a Corsi di Insegnamento eventualmente tenuti come docente in materie relative alla Medicina Estetica.
- 4) N. _____ attestato/i relativo/i alla Direzione o Coordinamento di Master biennali o di Scuole di Formazione quadriennali di Medicina Estetica.
- 5) N. _____ pubblicazioni nelle materie di Medicina Estetica.
- 6) N. _____ certificato/i relativo/i ad attività di Medicina Estetica resa/e presso STRUTTURE PUBBLICHE o PRIVATE con relativa durata.
- 7) Dichiarazione - sostitutiva di atto notorio - relativa alla data dalla quale è titolare di studio medico con autorizzazione per l'attività di medicina estetica.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (Art. 47 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000)

ATTIVITÀ DI MEDICINA ESTETICA

Il sottoscritto Dott.
nato a (Prov.) il
Comune di residenza (Prov.)
indirizzo CAP
Tel Cell. e-mail
Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, secondo quanto prescritto dall'art.76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ QUANTO SEGUE:

di esercitare la medicina Estetica dal presso:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì:

- che dovrà documentare presso l'Ordine l'aggiornamento come previsto dal regolamento statuito con delibera n 09/2020– consultabile sul sito dell'ordine <http://ordinemediciperugia.it/> Sezione “Professione”
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento
- di essere informato che i dati acquisiti saranno utilizzati anche per ottemperare alle attribuzioni ed alle finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati (fatta eccezione per le residenze, i recapiti telefonici e gli indirizzi e-mail) verranno inseriti nel sito internet dell'ente nonché in quello della FNOMCeO

Data..... Firma per esteso

DECISIONI ASSUNTE dalla COMMISSIONE	
<input type="checkbox"/> APPROVATO	<input type="checkbox"/> NON APPROVATO