



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

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

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

tel. Abitazione _____ tel. Studio _____ 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 all'Albo dei Medici Chirurghi/Odontoiatri di Perugia dal _____ n° iscrizione _____

CHIEDE

**DI ESSERE INSERITO NEL REGISTRO DEI PRATICANTI LE MEDICINE
NON CONVENZIONALI ISTITUITO C/O L'ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA
PER LE SEGUENTI DISCIPLINE:**

- ☐ **AGOPUNTURA**
- ☐ **MEDICINA TRADIZIONALE CINESE**
- ☐ **MEDICINA AYURVEDICA**
- ☐ **FITOTERAPIA**
- ☐ **MEDICINA OMEOPATICA** ☐ **OMEOPATIA**
- ☐ **MEDICINA ANTROPOSOFICA**
- ☐ **OMOTOSSICOLOGIA**



Ai sensi e per gli effetti del T. U. – DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA IL SEGUENTE CURRICULUM PROFESSIONALE:

Corsi formativi primari: _____

Attività professionale specifica prevalente o esclusiva da anni: _____

Sede/i: _____

Attività di docenza: _____

Pubblicazioni: _____



Allega la relativa documentazione, anche in fotocopia:

Dichiara di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i propri dati personali, ai sensi dell'art.13 GDPR 679/16.

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 PERUGIA
(Riservato ai Dipendenti)

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
