



## 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 O OMEOPATIA
- MEDICINA ANTROPOSOFIA
- 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

\_\_\_\_\_