

DOMANDA DI ISCRIZIONE REGISTRO MEDICINE NON CONVENZIONALI
in bollo da €16,00

Al Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Rimini

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ cap _____

Via _____ Tel. _____

Codice fiscale _____ PEC _____

e-mail _____

Laureato/a in Medicina e Chirurgia il _____, Università di _____

Laureato/a in Odontoiatria e Protesi Dentaria il _____, Università di _____

Abilitato/a nella _____ sessione del _____ Università di _____

Iscritto all'Albo Medici Chirurghi Ordine di Rimini al numero _____ in data _____

Iscritto all'Albo Odontoiatri Ordine di Rimini al numero _____ in data _____

C H I E D E

di essere iscritto/a al **Registro dei Medici e Odontoiatri praticanti le Medicine non Convenzionali** istituito presso l'Ordine dei Medici di Rimini nella/e sezione/i di:

- Agopuntura
- Fitoterapia
- Omeopatia: Omeopatia
- Omotossicologia
- Antroposofia

Il/la sottoscritto/a con la presente dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art 46 TU DPR 28/12/2000 nr. 445, dichiara di possedere i requisiti previsti nell'Accordo Stato-Regione del 07/02/2013 e allega pertanto il curriculum formativo-professionale attinente la MNC.

Data _____

Firma _____