

DOMANDA ISCRIZIONE ELENCO PSICOTERAPEUTI

**AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI RIMINI**

Il sottoscritto/a Dott. _____

Nato a _____ prov. _____ il _____

Residente in _____ prov. _____ CAP _____

in Via _____ N. _____

Tel. _____ Cell. _____

Codice fiscale _____

indirizzo e-mail _____ @ _____

indirizzo PEC _____ @ _____

(Legge 28/1/2009 n. 2 di conversione D.L. 29/11/2008 n. 185)

Laureato in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università di _____

Abilitato nella _____ sessione anno _____ presso l'Università di _____

Iscritto all'Ordine di Rimini al numero _____ in data _____.

CHIEDE

l'inserimento nell'Elenco degli Psicoterapeuti, ai sensi della L. n.56 del 18/02/1989 e successive modificazioni, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni sotto la propria responsabilità (art.76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445).

DICHIARA

di avere conseguito il titolo di specializzazione in: _____

presso l'università degli Studi di _____

in data _____ con voto _____;

oppure

di essere in possesso del diploma conseguito presso: Istituti o Scuole private riconosciuti idonei ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'art.17 comma 96 L.15/5/97 n.127 riconosciuti con D.M. n 509/98 (che si allega) _____

con sede in _____ acquisito in data _____

Data

Firma

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità