

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Massa Carrara
Piazza Giacomo Matteotti, 4
54033 Carrara (MS)

Marca da Bolli € 16,00

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____, residente a _____ in Via _____, iscritto all'Albo _____ al n. _____,

CHIEDE

ai sensi della Legge Regionale Toscana n. 9 del 19/02/2007 e successive modificazioni e integrazioni, recante "Modalità di esercizio delle Medicine Complementari da parte di medici e odontoiatri, medici veterinari e farmacisti", di essere inserito nell'elenco relativo alla disciplina di:

OMEOPATIA AGOPUNTURA FITOTERAPIA

A tal fine allega la seguente documentazione (barrare almeno una delle caselle):

- attestato rilasciato al termine di un corso, nella disciplina specifica, di almeno 200 ore di insegnamento teorico-pratico, della durata triennale e esame di merito finale;
- attestazione di iter formativo costituito da corsi anche non omogenei che permettano, per il programma seguito e per il monte ore svolto, di aver acquisito una competenza pari a quella ottenibile con corsi di cui al punto precedente;
- formazione certificata attraverso la supervisione di un laureato in medicina e chirurgia o in odontoiatria, esperto riconosciuto nella materia, documentata per almeno cinque anni;
- documentazione di almeno cinque anni di docenza nella medicina complementare specifica in una scuola che possieda i requisiti didattici idonei;
- certificazione di pratica clinica nella medicina complementare specifica, in struttura pubblica da almeno due anni, rilasciata dal responsabile della struttura;
- autocertificazione, comprovata da documentazione verificabile, che attesti una pratica clinica privata da almeno due anni.

Il sottoscritto prende atto della informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE e accorda liberamente e volontariamente, ove richiesto, il consenso per le finalità indicate a che i propri dati personali possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazioni ai soggetti per gli adempimenti connessi all'incarico conferito.

L'informativa sulla privacy è disponibile al link http://www.ordinedeimedicims.org/public/informativa_privacy.pdf

Carrara,.....

Firma,

PRESENTAZIONE PERSONALE DELLA DOMANDA

Identificato/a con documento di riconoscimento
n rilasciato da
.....
in data e visto firmare

, L'impiegato addetto

.....