



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI MASSA E CARRARA**

Piazza G. Matteotti, 4 Palazzo Vacchelli – 54033 CARRARA
telefono: 0585/70373 – fax: 0585/70845

All'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
MASSA CARRARA

DOMANDA ISCRIZIONE ALBO PSICOTERAPEUTI.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Prov. _____ il _____

Residente _____ Prov. _____

In Via _____ Tel. _____

Codice fiscale _____

Iscritto all'albo dei Medici Chirurghi di codesto Ordine dal _____

Al n. _____ in possesso di diploma di Specialista in _____

conseguito in data _____ presso l'Università di _____

avendo acquisito una specifica formazione professionale in Psicoterapia

CHIEDE

L'iscrizione nell'elenco degli PSICOTERAPEUTI ai sensi dell'art. 3 della Legge 18/02/1989 n.56.

A tale scopo allega certificato di specializzazione, o autocertificazione, conseguita:

- presso Scuole di Specializzazione Universitaria
- presso Istituti a tal fine riconosciuti da MURST.

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.ordinedeimedici.org/public/informativa_privacy.pdf

DATA _____

FIRMA _____