

Marca da bollo da € 16,00

DOMANDA PER L'INSERIMENTO NEI REGISTRI DELLA MEDICINA NON CONVENZIONALE

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di PIACENZA

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in (Comune) _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ Cap _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi /degli Odontoiatri di Piacenza dal _____ al _____ N. _____

Specialista in _____

consapevole delle disposizioni contenute nell' art. 15 del Codice di Deontologia Medica

DICHIARA

di essere in possesso di professionalità nella/e seguente/i attività : (*)

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| • Agopuntura | che esercita da _____ |
| • Medicina omeopatica | che esercita da _____ |
| • Fitoterapia | che esercita da _____ |
| • Medicina tradizionale cinese | che esercita da _____ |
| • Medicina ayurvedica | che esercita da _____ |
| • Osteopatia | che esercita da _____ |
| • Chiropratica | che esercita da _____ |
| • Omotossicologia | che esercita da _____ |
| • Medicina antroposofica | che esercita da _____ |
| • Altro _____ | _____ |

CHIEDE

di essere iscritto nel Registro di _____ tenuto da codesto Ordine.

A tal fine, allega documentazione atta a comprovare la competenza e professionalità in materia:

- 1.
- 2.
- 3.

- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

Data

Firma

(*) BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA