

**All'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Caserta.**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

tel/cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta, con numero d'iscrizione \_\_\_\_\_

***chiede:***

di essere iscritto nel costituendo elenco dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri esercenti le Medicine non Convenzionali.

A tale scopo allega alla presente:

- 1) la documentazione comprovante il possesso di uno dei titoli di cui all'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 07/02/2013, come ulteriormente esplicitato dall'art. 3 della nota del Ministero della Salute prot. N° 40978-P del 24/07/2014;
- 2) documento di riconoscimento in corso di validità.

***Inoltre, consapevole delle sanzioni penali previste, ai sensi e per gli effetti degli artt. 48 e 76, del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e delle previsioni dell'art.75 del medesimo D.P.R.***

**DICHIARA**

che la documentazione presentata in copia è conforme all'originale in proprio possesso.

In fede,

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

All. N° \_\_\_\_\_