ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI CASERTA

L_sottoscritt Dott	
nata	provil
residente a	capprov
in via	tel
Cell	e-mail
P.E.C. (legge 28.01.2009 n. 2)	
Iscritto all'A1bo dei Medici-Chirurghi d	ella Provincia di Caserta al n.
	dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art.),
	DICHIARA
di aver conseguito il titolo di specializz	azione in
presso la Facoltà di Medicina e Chirurg	gia dell'Università degli Studi di
in data	con voto
	ovvero
di aver conseguito in data	l'attestato di formazione quadriennale in psicoterapia
presso	riconosciuto
con D.M	del

CHIEDE

l'aggiornamento della propria anagrafica in relazione al titolo conseguito ed il contestuale inserimento nell'elenco speciale degli psicoterapeuti tenuto dall'OMCeO di Caserta.

(Segue retro)

Il	sottoscri	tto è co	nsapevole	che	i dati	acquisiti	saranno	utilizzati	esclusiva	mente p	er	ottemperare	alle
att	ribuzion	i e finali	ità istituzio	nali d	le11'(Ordine; ta	li dati fa	tta eccezio	ne della:	residenz	a, r	ecapiti telef	onici
ed	e-mail,	verrann	o inseriti n	el site	o inte	rnet del1'	Ordine e	della FNO	OMCeO.				

Il sottoscritto è, altresì, consapevole di decadere dai benefici conseguenti al provvedimento di legittimazione e annotazione all'Albo dei Medici-Chirurghi emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Data	Firma
SPAZIO	RISERVATO ALL' ORDINE
La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. a ncaricato/a a raccogliere la domanda.	38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000 in presenza del funzionario
	Timbro e firma dell'Incaricato che riceve l'istanza