

MARCA DA
BOLLO
€ 16.00

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

L'__sottoscritt Dott. _____
nat __a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ cap _____ prov. _____
in via _____ tel _____
Cell. _____ e-mail _____
P.E.C. (legge 28.01.2009 n. 2) _____

Iscritto all'Albo dei Medici-Chirurghi della Provincia di Caserta al n. _____

ai sensi e per gli effetti del T.U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445, L sottoscritt , consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 T.U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445),

D I C H I A R A

di aver conseguito il titolo di specializzazione in _____

presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia 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 _____

C H I E D E

La legittimazione all'esercizio dell'attività di psicoterapia, ai sensi dell'art. 3 della Legge n.56 del 18.02.1989 e l'annotazione quale specialista in psicoterapia di cui all'art. 2 Legge 29.12.2000 n. 401.

(Segue retro)

Il sottoscritto è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati fatta eccezione della residenza, recapiti telefonici ed e-mail, verranno inseriti nel sito internet dell'Ordine e della FNOMCeO.

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. 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000 in presenza del funzionario incaricato/a a raccogliere la domanda.

Timbro e firma dell'Incaricato che riceve l'istanza
