



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
FROSINONE**

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO DEI MEDICI ESTETICI DELLA PROVINCIA DI FROSINONE

Il/La sottoscritto/a _____,

CHIEDE

l'iscrizione all'Elenco dei Medici Estetici della Provincia di Frosinone, istituito con Del. 168 dell'08 agosto 2022

e all'uopo, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____;

Codice fiscale _____;

di essere residente a _____ prov. _____;

in via _____ N° _____;

Tel. _____ cell. _____ e-mail _____;

posta elettronica certificata (pec) _____;

di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone dal _____ al n. _____;

di essere in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti (indicare tutti i requisiti dei quali si è in possesso):

di aver conseguito uno o più diplomi di Master Universitari in Medicina Estetica, biennali di II Livello

Si prega indicare quali: _____

Se non ancora registrati presso l'Ordine, si prega di allegare l'apposita modulistica di autocertificazione titoli presente sul sito.

Oppure

di aver frequentato con esito positivo un corso di formazione quadriennale post lauream, il cui percorso di studi e i cui insegnamenti siano assimilabili, per organizzazione, a quelli dei piani di studio di scuole di specializzazione universitarie e i cui contenuti abbiano riferimenti precisi alla pratica della Medicina Estetica. Le lezioni devono essere così suddivise: lezioni teoriche, pratiche e tirocini. Alla fine del corso di studi deve essere prevista l'elaborazione di una tesina discussa in specifica seduta d'esame. Le scuole erogatrici verranno considerate adeguate se in possesso di Certificazione UNI EN ISO 9001:2000 e successive.



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI FROSINONE

In via generale si considerano idonee scuole che prevedano piani di studio di:

- Almeno 800 ore di didattica distribuite su quattro anni di corso;
- Riferimenti didattici precisi e mirati alla diagnostica, alla clinica, alla terapia in Medicina estetica;
- Almeno il 30% di lezioni pratiche di cui 1/3 effettuate presso ambulatori ospedalieri;
- Esami da sostenere periodicamente o alla fine di ogni anno di studi;
- Discussione di una tesi finale;
- Obbligatorietà di frequenza almeno al 75% delle ore di didattica.

Si prega indicare quale: _____

Si prega di allegare i corrispondenti documenti comprovanti l'acquisito titolo.

Oppure

di Insegnare materie attinenti all'area medico-estetica in università italiane, da almeno 5 anni oppure all'interno di percorsi di Alta Formazione di Livello Nazionale da oltre 10 anni.

Si prega allegare documenti comprovanti quanto dichiarato.

Ed inoltre

di essere informato che la Commissione per la Medicina Estetica, esaminata la documentazione presentata, in caso l'informazione documentale esposta con l'istanza sia reputata non sufficiente, potrà richiedere ulteriori chiarimenti all'Istante, in forma di colloquio o mediante richiesta di invio di ulteriori documenti, come potrà farlo il Consiglio dell'Ordine. Nel caso la domanda venga accettata dalla Commissione per la Medicina Estetica, la permanenza all'interno dell'elenco dei Medici Estetici dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone, sarà vincolata, come da regolamento specifico dell'Ordine, al seguente requisito: aggiornamento scientifico periodico con acquisizione di ecm in campo medico-estetico o chirurgico-plastico o dermatologico, svolto per almeno il 20% dell'intero fabbisogno formativo triennale.

di aver visionato quanto riportato nel regolamento per l'Elenco dei Medici Estetici iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone, con particolare riferimento alle precisazioni ivi contenute, tese a sottolineare che nell'esercizio di attività diagnostico-terapeutiche con finalità estetiche vi sia il dovere di garantire ed esplicitare il possesso di idonee competenze e, in ogni caso, di non suscitare né alimentare aspettative illusorie, individuando, se possibile, le fattibili soluzioni alternative di pari efficacia; e di operare al fine di sostenere la miglior sicurezza possibile delle prestazioni erogate nonché la massima attenzione al paziente.

Segue: assunzione di responsabilità e sottoscrizione



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
FROSINONE

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del d.p.r. n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 dpr 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Allego documento di identità.

DATA _____ FIRMA _____

Il/La sottoscritto/a, è al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/1679 del 27/04/2016 ed è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni ed alle finalità istituzionali dell'Ordine. Tali dati, eccetto le residenze, i numeri telefonici e gli indirizzi e-mail, verranno inseriti sul sito Internet dell'Ordine, in quello della FNOMCeO, in quello del Ministero della Salute e sugli Elenchi delle pec dei professionisti italiani (INI, REGINDE, ...).

DATA _____ FIRMA _____

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Il/La sottoscritto/a _____ incaricato/a del procedimento,
attesta
ai sensi della legge 445/2000 che il Dr./dott.ssa _____
identificato a mezzo di _____ ha consegnato a
mano e sottoscritto la presente istanza in sua presenza.

DATA..... Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....