

**AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE**

Il/La sottoscritto/a Dr/Dott.ssa.....,
nato/a a.....
il....., residente in.....,
via.....,
tel., e-mail.....
in possesso del titolo di specializzazione in.....
.....conseguito in data.....,
presso l'Università degli Studi di.....
oppure
in possesso del diploma del corso quadriennale di formazione in.....
.....conseguito in data.....,
presso l'Istituto Privato, riconosciuto dal MIUR,
“.....”

CHIEDE

la legittimazione all'esercizio dell'attività psicoterapeutica.

Luogo..... Data.....

Firma.....

Allegare documento d'identità