

**All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Frosinone**

SPAZIO A CURA DELLA COMMISSIONE:

PROVVEDIMENTO DI ISCRIZIONE DEL _____

PROVVEDIMENTO DI DINIEGO DEL _____

APPORRE

MARCA DA BOLLO

DI € 16,00

ISTANZA DI ISCRIZIONE

NEGLI ELENCHI DEGLI ESERCENTI LE MEDICINE NON CONVENZIONALI

Fase transitoria ai sensi dell'art. 10 dell'accordo stato regioni Rep. Att. 54/CSR del 7 febbraio 2013

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ prov. _____,

il _____; codice fiscale _____;

residente a _____ prov _____,

via _____ N _____,

tel. _____; e-mail _____;

pec _____;

iscritto presso codesto Ordine Provinciale,

nell'Albo dei Medici Chirurghi al n. _____

nell'Albo degli Odontoiatri al n. _____

CHIEDE

**di essere iscritto nell'Elenco degli esercenti le Medicine Non Convenzionali di
codesto Ordine nella branca di (scegliere una sola branca):**

AGOPUNTURA ☐

FITOTERAPIA ☐

OMEOPATIA ☐

OMOTOSSICOLOGIA ☐

ANTROPOSOFIA ☐

All'uopo dichiara:

che ai sensi dell'art. 10 comma 3 dell'Accordo Stato Regioni n. 54/CSR del 7 febbraio 2013, **è in possesso dei seguenti requisiti**, che avrà cura di allegare in copia:

a) **Attestato** rilasciato al termine di un corso di almeno 300 ore di insegnamento teorico/pratico nella disciplina suddetta, della durata almeno triennale, con verifica finale (con indicazione: dell'obbligo di frequenza, degli anni di durata, del numero di lezioni teoriche, del numero di ore di lezioni pratiche, e del superamento, o meno, di un esame finale).
conseguito in data _____ presso (Ente, Istituto, Associazione, Scuola, ecc ...)

b) **Attestato** rilasciato al termine di un corso di insegnamento teorico/pratico di almeno 200 ore ed almeno 15 anni di esperienza clinica documentata nella disciplina suddetta (con indicazione: dell'obbligo di frequenza, degli anni di durata, del numero di lezioni teoriche, del numero di ore di lezioni pratiche, e del superamento, o meno, di un esame finale):

Attestato del corso nella suddetta disciplina, conseguito in data _____,
presso (Ente, Istituto, Associazione, Scuola, ecc...)_____

Esperienza clinica di almeno 15 anni, di seguito documentata, nella disciplina suddetta:

c) **Attestazione relativa all'iter formativo** costituito da corsi anche non omogenei che permettano, per il programma seguito e per il monte ore svolto, di aver acquisito una competenza almeno pari a quella ottenibile con i corsi di cui ai punti precedenti A e B; di seguito elencati e documentati:

d) **Documentazione** di almeno otto anni di docenza nella disciplina suindicata presso un soggetto pubblico o privato accreditato alla formazione (Ente, Istituto, Associazione, Scuola, ecc ...) che, a giudizio della Commissione, possieda i requisiti didattici idonei:

e) **Ulteriori percorsi formativi** e formazione acquisita ad integrazione dei punti
a) b) c) d) che saranno valutati dalla Commissione dell'Ordine:

di allegare n. _____ documenti attestanti i requisiti necessari, specificare quali:

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL' ORDINE; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER LE RESIDENZE, I RECAPITI TELEFONICI E GLI INDIRIZZI E- MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHÉ IN QUELLO DELLA FNOMCeO.

Data _____ Firma _____

Se inviata per posta allegare fotocopia non autenticata di un documento d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000).

.....
SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

[] PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza dell'impiegato:

_____ Timbro e Firma del funzionario
