**All’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi**

**e degli Odontoiatri di Frosinone**

APPORRE

MARCA DA BOLLO

DI € 16,00

**SPAZIO A CURA DELLA COMMISSIONE:**

PROVVEDIMENTO DI ISCRIZIONE DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROVVEDIMENTO DI DINIEGO DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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, possegga 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*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*