

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DEI MEDICI E ODONTOIATRI CHE
ESERCITANO LE MEDICINE NON CONVENZIONALI IN PROVINCIA DI GORIZIA
e contestuale AUTOCERTIFICAZIONE**

Spett.le Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri della Provincia di Gorizia
Sua Sede

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa

CHIEDE

di poter essere iscritto al Registro dei Medici e degli Odontoiatri che esercitano le Medicine non Convenzionali in provincia di Gorizia e all'uopo sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- di essere nato/a a.....il.....
- di essere residente aprov.....
via.....n.....tel.....
- con studio sito invia.....n.....
tel.....Cap.....
- di essere iscritto all'Albo :
Medici Chirurghi con posizione.....prov. di.....
Odontoiatri con posizione.....prov. di.....
- di aver conseguito il diploma di specializzazione in.....
- di svolgere attività di Medicina Manuale (manipolazioni, chiropratica, osteopatia) dall'anno
- di svolgere attività di Agopuntura (mesoterapia, micropuntura, auricoloterapia) dall'anno
- di svolgere attività di Omeopatia (omotossicologia) dall'anno
- di svolgere attività di Fitoterapia (ayurveda) dall'anno

Allega in fotocopia n.... Certificati e/o Attestati degli studi e delle qualifiche possedute che costituiscono parte integrante della presente domanda di iscrizione al Registro.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, è consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000), e dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Gorizia, li

Firma.....

Il sottoscritto.....incaricato dall'OMCeO Gorizia, ATTESTA, ai sensi dell'art. 21 del D.P.R.445/2000 che il/la Dr/Dr.ssa identificato/a a mezzo di ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma del funzionario
che riceve l'istanza