

Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Potenza

Domanda per l'inserimento nell'Elenco degli Psicoterapeuti

Il sottoscritto Dott./ssa nato/a a
il residente a via
tel. Cod. Fisc. Laureato/a in Medicina e
Chirurgia presso l'Università di il
giorno ed abilitato/a all'esercizio professionale presso l'Università
di nella sess. anno
Iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi di questa provincia al numero
dal

**consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci
dichiarazioni sotto la propria responsabilità (art.76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445).**

CHIEDE

l'inserimento nell'Elenco degli Psicoterapeuti ai sensi della L. n.56 del 18/02/1989 e successive
modificazioni.

DICHIARA

di avere conseguito il titolo di specializzazione in :..... presso
l'Università degli Studi di in data
con voti

oppure

di essere in possesso del diploma (che si allega) conseguito presso: Istituti o Scuole private riconosciuti
ideali ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'art.17 comma 96 L.15/5/97 n.127
riconosciuti con D.M. n 509/98 :

..... con sede in
acquisito in data

Distinti saluti.

Potenza, Firma (*)

(*) la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di
documento di riconoscimento (art. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI Potenza

L'identità personale è stata accertata a mezzo n.
rilasciato il da scadenza

Data Firma del legalizzante.....