

Marca da bollo da € 16,00

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

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa _____

Nato/a _____ il _____ Residente in _____

Via _____ laureato il _____

Specializzato in _____

Status professionale:

- Dipendente struttura pubblica
- Dipendente struttura privata
- Libero professionista
- Medico di Medicina Generale (di famiglia, di continuità assistenziale, dei servizi)
- Pediatra di Libera Scelta
- Specialista convenzionato
- Altro

presa visione della normativa relativa all'iscrizione

CHIEDE

di essere iscritto negli Elenchi dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le Medicine Complementari (Medicine non Convenzionali) istituito presso codesto Ordine nella/e disciplina/e di (indicare quella/e che interessa/no):

1. Agopuntura
2. Fitoterapia
3. Omeopatia suddivisa in tre sottoelenchi:
 - Omeopatia
 - Omotossicologia
 - Antroposofia

Il sottoscritto/a allega il proprio curriculum formativo-professionale ed i relativi titoli in copia conforme autenticata.

Data _____

Firma _____