

All'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di VENEZIA – SEDE

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a

Il, iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi/ degli Odontoiatri al n.....

ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e della Delibera del Consiglio Direttivo di questo Ordine n. 76 del 7 aprile 2015,

CHIEDE

Di essere inserito/a nell'elenco tenuto dall'Ordine relativo alla Disciplina:

OMEOPATIA

AGOPUNTURA

FITOTERAPIA

Sottoelenco: OMEOPATIA
 OMOTOSSICOLOGIA
 ANTROPOSOFIA

essendo in possesso di almeno uno dei requisiti previsti dalle disposizioni transitorie di cui all'art. 10 dell'Accordo Stato-Regioni sopra citato, come da documentazione allegata:

Attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina oggetto della domanda di almeno 300 ore di insegnamento teorico-pratico e della durata almeno 3 anni con verifica finale;

Attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina oggetto della domanda di almeno 200 ore di insegnamento teorico-pratico ed almeno 15 anni di esperienza clinica documentata;

Attestazione di iter formativo costituito da corsi anche non omogenei (compresi i Master Universitari) 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;

Documentazione di almeno 8 anni di docenza nella disciplina oggetto della presente domanda presso un soggetto pubblico o privato accreditato alla formazione.

Li _____

FIRMA

*** se la domanda non viene presentata personalmente dovrà essere allegata copia di valido documento di identità personale.

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

- Il/la dott./dott.ssa _____

sottoscrive e consegna in data odierna domanda e documentazione di n. fogli: _____ identificato/a mezzo

- La domanda è pervenuta con lettera RACCOMANDATA AR con allegata copia di documento di identità personale.

L'ADDETTO AL RICEVIMENTO
