MARCA DA

BOLLO DA €16,00

**ALL’ORDINE PROVINCIALE DI BIELLA DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI.**

**Registro**

**MEDICINA ANTROPOSOFICA**

\_l\_ sottoscritt\_ Dott.\_ ……………………………………………………………………….

nat\_ a ……………………….. (prov. ………..) il ………………………………

residente in ……………………..(prov……….) Via…………………………………n. …...

C.A.P. ………………. Tel. …………………………….. cell. …………………………….

E-mail ……………………………………………………………………………………….

Con studio professionale in ………………………………… Tel. …………………………

dei Medici Chirurghi al n. di matricola: …………..

Iscritto all’ Albo

degli Odontoiatri al n. di matricola: …………..

fa **DOMANDA** per essere iscritto nel **REGISTRO DI MEDICINA ANTROPOSOFICA**

istituito dal Consiglio Direttivo di queto Ordine, in ossequio a quanto disposto dall’ Accordo

del 7 febbraio 2013 dalla Conferenza Stato- Regioni.

*Il sottoscritto è consapevole che:*

*i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e alle finalità istituzionali dell’Ordine; tali dati (fatta eccezione per i recapiti telefonici e gli indirizzi e-mail) verranno inseriti nel sito Internet dell’Ente nonché in quello della FNOMCeO.*

Data…………………………. Firma……………………………………...

[ ] **invio x posta** (Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **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 del:*

*Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-*

**CRITERI DI INCLUSIONE PER L’ISCRIZIONE AI REGISTRI ISTITUITI PRESSO L’ORDINE DEI MEDICI DI BIELLA**

**MEDICINA ANTROPOSOFICA**

**DR./DR.SSA: ………………………………………… ISCRIZIONE ALBO N°……………….**

**CARATTERISTICHE DEL/I CORSO/I FREQUENTATO/I NEL PROPRIO ITER FORMATIVO:**

1. Attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina oggetto della presente regolamentazione,

di almeno 300 ore di insegnamento teorico-pratico,

della durata almeno triennale e verifica finale; SI NO

1. Attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina oggetto della presente regolamentazione,

di almeno 200 ore di insegnamento teorico-pratico,

ed almeno15 anni di esperienza clinica documentata; SI NO

1. Attestazione di 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 corsi di cui al punto a) e b); SI NO

1. Documentazione di almeno otto anni di docenza nella disciplina oggetto della presente

regolamentazione presso un soggetto pubblico o privato accreditato alla formazione che,

a giudizio della Commissione, possegga requisiti didattici idonei. SI NO

Al riguardo il sottoscritto allega la seguente documentazione in originale o copia fotostatica (i titoli

presentati saranno valutati da una apposita Commissione Ordinistica):

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TOTALE ALLEGATI N. \_\_\_\_\_\_**

**FIRMA: ………………………………….**

**VALUTAZIONE DELLA COMISSIONE**

**DECISIONE ASSUNTE DALLA COMMISSIONE**

**APPROVATO NON APPROVATO**