MARCA DA

BOLLO DA €16,00

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

**Registro**

**AGOPUNTURA**

\_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**

 **AGOPUNTURA**

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

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

1. Corso riservato ai Laureati in Medicina e Chirurgia e/o Odontoiatria SI NO
2. Corso di scuola accreditata dalla Regione di appartenenza sulla base di disposti di cui all’ Accordo

7 febbraio 2013 Conferenza Stato-Regioni SI NO

Al riguardo il sottoscritto:

1. Se formato da Soggetti privati, allega il diploma conseguito SI NO
2. Se formato da Soggetti pubblici autocertifica essere gli obbiettivi formativi nonché le

Metodologie formative dei corsi di formazione seguiti in conformità con quanto disposto

dagli art. 5 e 6 dell’Accordo 7 febbraio 2013 Conferenza Stato- Regioni SI NO

 **FIRMA: ………………………………….**

**VALUTAZIONE DELLA COMISSIONE**

**DECISIONE ASSUNTE DALLA COMMISSIONE**

 **APPROVATO NON APPROVATO**