
**A PENA DI IRRICEVIBILITA' LE ISTANZE
DEVONO ESSERE PRESENTATE COME
SEGUE:**

- ❖ Le domande di iscrizione devono essere presentate personalmente dal medico che intende iscriversi, il quale deve presentarsi all'Ordine necessariamente munito di documento di identità non scaduto;
- ❖ NON potranno essere accettate tutte quelle istanze incomplete degli elementi indicati sul retro del modulo stesso;
- ❖ Le istanze vanno prodotte in carta uso bollo da €. 14,62 e la prevista marca da bollo va apposta esclusivamente all'atto della presentazione dell'istanza, onde evitare di doverla sostituire in caso di errori nella presentazione dell'istanza stessa;
- ❖ Tutti i modelli delle domande con più facciate devono essere presentati all'Ordine su un unico foglio formato A3, compilato scrivendo in STAMPATELLO;

***Ill.mo Sig. PRESIDENTE
ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHICI ED ODONTOIATRI
della Provincia BAT***

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

Il riconoscimento dell'**attività psicoterapeutica** ai sensi dell'art. 35 della legge 56/89, come modificato dall'art.1, comma 2 e 3 della legge n. 4 del 14.1.1999.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato a _____ prov. _____ ,
il _____ ;
- codice fiscale _____ ;
- di essere residente a _____ prov. _____ ;
- in via _____ ;
- Tel _____ , email _____ ;
- di essere cittadino/a _____ ;
- di avere conseguito il diploma di laurea in **MEDICINA E CHIRURGIA** il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voti _____ ;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____ ;
- di essere iscritto all'Albo dei **MEDICI CHIRURGHICI** di codesto Ordine sino dal _____ con matricola n. _____ ;

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali, ai sensi della legge 675/96 e di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.
- di avere acquisito una specifica formazione professionale in psicoterapia e di averla esercitata in modo preminente e continuativo.

A tal fine allega:

- ✓ curriculum formativo con indicazione delle sedi, tempi e durata della formazione;
- ✓ curriculum scientifico e professionale;
- ✓ dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (o documentazione) attestante la continuità e preminenza dello svolgimento dell'attività psicoterapeutica.

Firma

Trani lì, _____



Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia
Barletta-Andria-Trani

Attesto ai sensi dell'art.30 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. _____
identificato con documento _____
n. _____ rilasciato il _____ ha sottoscritto in
mia presenza l'istanza.

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

Trani lì, _____

Note per il medico che si iscrive

- La domanda va presentata dal medico che si iscrive, il quale deve presentarsi necessariamente munito di documento di identità non scaduto.
- **NON** potranno essere accettate le domande incomplete;
- La domanda va assolutamente prodotta **scrivendo in stampatello** in carta uso bollo da € 14,62;
- Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.