

**DOMANDA di ISCRIZIONE**  
**negli ELENCHI di PROFESSIONISTI ESERCENTI le MEDICINE non CONVENZIONALI**  
**e AUTOCERTIFICAZIONI**  
**rese ai sensi degli ARTT. 46 E 47 D.P.R. 445/2000 presentata presso**  
**l'ORDINE dei MEDICI CHIRURGHI e degli ODONTOIATRI di MODENA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- C.F. \_\_\_\_\_ città di residenza \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

- via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

- e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

- iscritto presso questo Ordine all'Albo:  MEDICI CHIRURGHI al N.° \_\_\_\_\_

ODONTOIATRI al N° \_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

l'iscrizione negli elenchi dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri esercenti le Medicine non Convenzionali tenuti da codesto Ordine ai sensi dell'Accordo Stato/Regioni Rep. Atti n. 54/CSR del 7 febbraio 2013 e segg. nella/e disciplina/e:

1)  **AGOPUNTURA**

2)  **FITOTERAPIA**

3)  **OMEOPATIA**, nel sottoelenco:

Omeopatia

Omotossicologia

Antroposofia

il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

## **DICHIARA**

ai sensi dell'art. 10 comma 3 dell'Accordo Stato Regioni n. 54/CSR del 7 febbraio 2013, di essere in possesso dei seguenti requisiti richiesti di cui allega la documentazione:

• 1) **Attestato:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data o periodo di conseguimento: \_\_\_\_\_

Soggetto (Ente, Istituto, Associazione, Scuola ecc ...) che ha rilasciato l'attestato:

\_\_\_\_\_

Luogo del conseguimento o del rilascio del titolo: \_\_\_\_\_

**Altro:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si allegano n. \_\_\_\_\_ copie in carta semplice di diplomi, master, attestati, documenti o altro utile ai fini dell'istruttoria di iscrizione, conformi agli originali in mio possesso;

- Acconsente a che il proprio nominativo venga registrato negli elenchi che potranno essere pubblicati su:
  - Albo
  - Sito Web
  - Pubblicazioni ordinistiche;
- Dichiaro, inoltre, di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i propri dati personali, ai sensi della legge 196/2003.

Data ..... ..

FIRMA\*

**(\*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di un dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)**

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI MODENA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che il Dott. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

-----

RICEVUTO PER POSTA E/O PER IL TRAMITE DI TERZA PERSONA

SIG. \_\_\_\_\_

(ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA')

FIRMA E TIMBRO

\_\_\_\_\_