

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 d.p.r. 445/2000), sotto la propria responsabilità,

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

il

codice fiscale

email

cellulare

iscritto all'Albo dei  Medici Chirurghi

n.

Odontoiatri

n.

ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Stato-Regioni n. 54/CSR del 07/02/2013, e successive integrazioni e modificazioni

#### C H I E D E

di essere iscritto/a nell'elenco tenuto dall'Ordine relativo alla disciplina:

OMEOPATIA

AGOPUNTURA

FITOTERAPIA

Sottoelenco:  Omeopatia

Omotossicologia

Antroposofia

essendo in possesso dei requisiti di cui all'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni sopra citato e dell'art. 3, come da documentazione allegata:

Attestato rilasciato da un istituto formativo pubblico o privato accreditato dalla Regione al termine di un percorso formativo di **almeno 3 anni** con svolgimento di **almeno 400 ore di formazione teorica, cui si aggiungono 100 ore di pratica clinica** con superamento di un esame teorico-pratico al termine di ciascun anno di corso e discussione finale di tesi;

Attestato di conseguimento di **Master Universitari** di durata biennale che soddisfino i requisiti di durata oraria di cui al punto precedente.

Luogo e data

Firma

---