

**DOMANDA DI INSERIMENTO ELENCO MEDICINE COMPLEMENTARI**  
**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Benevento**

Al Presidente  
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della provincia di BENEVENTO

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a.....il.....  
residente a .....  
in Via/viale/piazza.....n.....  
tel ..... cell .....  
E-mail .....@.....  
PEC.....@.....

MEDICO CHIRURGO

ODONTOIATRA

Laurea conseguita c/o l'Università di .....

Specializzazione/i in .....

Iscritto/a

- all'Albo dei Medici Chirurghi di Benevento dal ..... al n. ....  
 all'Albo Odontoiatri di Benevento dal ..... al n.....

**CHIEDE**

di essere inserito nell'elenco relativo alla disciplina di:

◇	<b>MEDICINA OMEOPATICA</b>	◇	<b>MEDICINA ANTROPOSOFICA</b>
	<input type="checkbox"/> UNICISTA <input type="checkbox"/> PLURALISTA	◇	<b>MEDICINA AYURVEDICA</b>
◇	<b>AGOPUNTURA</b>	◇	<b>MEDICINA TRADIZIONALE CINESE</b>
◇	<b>FITOTERAPIA</b>	◇	<b>OMOTOSSICOLOGIA</b>

Ai sensi e per gli effetti del T. U. – DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità,

**DICHIARA IL SEGUENTE CURRICULUM PROFESSIONALE SPECIFICO:**

Corsi formativi primari (specificare n. di ore e anni):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Attività professionale specifica presso medico esperto in MNC o presso strutture pubbliche:

.....

.....

.....

.....

.....

Attività di docenza:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pubblicazioni:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Allega la relativa documentazione:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Dichiara di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i propri dati personali, ai sensi della legge 196/2003.

Data .....

FIRMA

---

## **CONSENSO RELATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

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

ai sensi della legge D.lgs 196/2003, concernente "La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

### **ESPRIME IL SUO CONSENSO E AUTORIZZA**

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri al trattamento dei suoi dati personali da parte degli uffici preposti, ivi compresa la pubblicazione sull'Albo e sul sito internet dell'Ordine di altri dati non obbligatori.

FIRMA \_\_\_\_\_

#### **AVVERTENZA:**

- Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.
- L'istanza se presentata direttamente dall'interessato deve essere sottoscritta in presenza del funzionario addetto alla ricezione, in caso contrario alla stessa va allegata copia di documento di identità (art. 38 Co 3° T.U. - D.P.R 445/2000)