

DOMANDA DI ISCRIZIONE ELENCO PSICOTERAPEUTI

**AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL' ORDINE PROVINCIALE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BENEVENTO**

Il/la sottoscritto/a Dott. _____;

nato/a a _____ prov. _____ il _____;

codice fiscale _____;

residente a _____ prov. _____ cap _____;

in via _____; Tel. _____;

E-mail _____;

Iscritto/a all'Albo Medici dell'Ordine di Benevento al n. _____;

laureato/a in data _____;

CHIEDE

L'iscrizione all'Elenco Psicoterapeuti ai sensi dell'art. 35 Legge 56/89, come modificato dall'art. 1, comma e 3 della Legge n. 4 del 14/01/1999.

Allega la seguente documentazione:

Certificato di specialità, rilasciato in bollo dall'Università (se non già registrato agli atti di quest'Ordine);

Ovvero

Certificato originale o copia autenticata rilasciato dalla Scuola /Istituto in data _____;

Data _____

Firma _____

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI BENEVENTO**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 del T.U. – D.P.R. 28/12/2000 N. 445 che l'istanza :

È stata presentata personalmente dal sottoscrittore identificato a mezzo di

_____;

è stata presentata, corredata di copia fotostatica del documento valido di identità del

sottoscrittore, dal Sig. _____ identificato a

mezzo di _____;

è pervenuta a mezzo posta corredata di copia fotostatica del documento valido di identità del sottoscrittore.

DATA _____

***Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza***