

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ELENCO PSICOTERAPEUTI**

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

Il/la sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_

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

**AVVERTENZA : IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL  
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

**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***