



OMCeO
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Benevento

**RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ DELLA FORMAZIONE E
DELL'ESERCIZIO DELLE 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.....



OMCeO
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Benevento

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco relativo alla disciplina di:

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

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:



OMCeO

Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Benevento

.....

.....

.....

.....

.....

Attività di docenza:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pubblicazioni:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Allega la relativa documentazione:

-

-



OMCeO

Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Benevento

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016.

ESPRIME IL SUO CONSENSO E AUTORIZZA

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri al trattamento dei suoi dati personali da parte 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 dell'impiegato addetto alla ricezione, in caso contrario alla stessa va allegata copia di documento di identità (art. 38 co. 3 T.U. DPR 445/2000)