

APPLICARE  
MARCA DA BOLLO  
€ 14,62

ALL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI.

Registro  
**OMEOPATIA**

\_l\_ sottoscritt\_ Dott.\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ C.A.P \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_  
con studio professionale in \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Iscritto nell'Albo  $\left\{ \begin{array}{l} \text{dei Medici-Chirurghi} \\ \text{degli Odontoiatri} \end{array} \right.$  con posiz. n \_\_\_\_\_  
con posiz. n \_\_\_\_\_

fa **DOMANDA** per essere iscritto nel **REGISTRO DI OMEOPATIA** istituito dal Consiglio Direttivo di questo Ordine, con *Delibera N. 51 del 04.03.1998*.

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:  
I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL' ORDINE; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER LE RESIDENZE, I RECAPITI TELEFONICI E GLI INDIRIZZI E MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHÉ IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C.e O.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

[ ] INVIO x POSTA (Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)

\*\*\*\*\*  
**SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE**

[ ] **PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO**  
La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:  
Sig./Sig.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_  
(Timbro e firma del funzionario)  
Rilasciata RICEVUTA N.° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al riguardo il sottoscritto **ALLEGA** la seguente **DOCUMENTAZIONE** (*in originale o copia fotostatica*):

- 1) N. \_\_\_\_\_ attestato/i relativo/i al CORSO di Omeopatia superato (*con indicazione: dell'obbligo di frequenza, degli anni di durata, del numero di lezioni teoriche, del numero di ore di lezioni pratiche, e del superamento, o meno, di un esame finale*).
- 2) N. \_\_\_\_\_ attestato/i di partecipazione a MASTER e/o CORSI di Perfezionamento in Omeopatia.
- 3) N. \_\_\_\_\_ attestato/i relativo a Corsi di Insegnamento eventualmente tenuti come docente in materia di Omeopatia.
- 4) N. \_\_\_\_\_ PUBBLICAZIONI nelle materie di Omeopatia.

I seguenti altri DOCUMENTI attestanti l'eventuale effettuazione di ATTIVITÀ SCIENTIFICA:

---

---

- 5) N. \_\_\_\_\_ certificato/i relativo/i ad attività di Omeopatia resa/e presso STRUTTURE PUBBLICHE con relativa durata.

- 6) I seguenti eventuali altri atti o dichiarazioni di rilievo riguardanti l'ATTIVITÀ SVOLTA.

---

---

**TOTALE ALLEGATI N.** \_\_\_\_\_

---

---

## VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE

<b>DECISIONI ASSUNTE dalla COMMISSIONE</b>	
<input type="checkbox"/> <b>APPROVATO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON APPROVATO</b>

---

---

---

---