

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

**Registro
MEDICINA ESTETICA**

Il sottoscritt_ Dott._ _____ nat_ a
_____ (prov. _____) il _____ residente in
_____ (prov. _____) Via _____ n. _____ C.A.P _____
Tel. _____ cell. _____ e mail _____

Laureato in Medicina e Chirurgia il _____ iscritto nell'Albo dei Medici-Chirurghi con
pos. n. _____ e con studio professionale in _____ Tel. _____

- **DICHIARA** (Art. 46 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000)
di aver conseguito il titolo di specializzazione in _____
presso la Facoltà di _____ dell'Università degli Studi di
_____ in data _____ con voti _____
di aver conseguito il titolo di specializzazione in _____
presso la Facoltà di _____ dell'Università degli Studi di
_____ in data _____ con voti _____
di aver conseguito il titolo di specializzazione in _____
presso la Facoltà di _____ dell'Università degli Studi di
_____ in data _____ con voti _____

- fa **DOMANDA** per essere iscritto nel **REGISTRO DI MEDICINA ESTETICA** istituito dal Consiglio Direttivo dell' Ordine, con *Delibera N. 190 del 15.09.2009* - (vedere requisiti pag. 4).

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

- 1) N. _____ attestato/i relativo/i al CORSO di Medicina Estetica 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 CONGRESSI e/o CORSI di Perfezionamento in Medicina Estetica.
- 3) N. _____ attestato/i relativo a Corsi di Insegnamento eventualmente tenuti come docente in materie relative alla Medicina Estetica.
- 4) N. _____ attestato relativo alla Direzione o Coordinamento di Master biennali o di Scuole di Formazione quadriennali di Medicina Estetica.
- 5) N. _____ PUBBLICAZIONI nelle materie di Medicina Estetica.
- 6) N. _____ certificato/i relativo/i ad attività di Medicina Estetica resa/e presso STRUTTURE PUBBLICHE o PRIVATE con relativa durata.
- 7) dichiarazione - sostitutiva di atto notorio - relativa alla data dalla quale è titolare di studio medico con autorizzazione per l'attività di medicina estetica.

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

TOTALE ALLEGATI N. _____

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:

- DOVRA' DOCUMENTARE PRESSO L'ORDINE L'AGGIORNAMENTO COME PREVISTO DALLA DELIBERA N. 190/2009 - CONSULTABILE SUL SITO DELL'ORDINE WWW.ORDINEMEDICIROMA.IT SEZIONE "NORMATIVA";
- 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.^{ra} _____
(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata RICEVUTA N. ° _____ del _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)
ATTIVITA' DI MEDICINA ESTETICA**

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____
C.A.P. _____ Tel. _____ Cellulare _____
e-mail _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, **DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:**

di esercitare l'attività di Medicina Estetica dal _____ presso:
- _____
- _____

Roma, _____

IL DICHIARANTE

[] **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.^{ra} _____
(Timbro e firma del funzionario)

VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE

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

Requisiti minimi necessari per le domande da sottoporre alla valutazione dell'apposita Commissione, per l'inserimento nel Registro dei Medici Estetici dell'Ordine dei Medici di Roma, come sanatoria per il periodo anteriore al 31/12/2009

1) Essere Laureati in Medicina e Chirurgia e aver ottenuto l'Abilitazione all'Esercizio della Professione medica.

2) Aver conseguito un Diploma di Master Universitario di II Livello in Medicina Estetica (vedi requisiti a regime).

OPPURE

Aver conseguito un Diploma di formazione in Medicina Estetica rilasciato da una Scuola privata Quadriennale (vedi requisiti a regime).

OPPURE

Aver frequentato negli ultimi 6 anni almeno

4 Congressi di Medicina Estetica e

6 Corsi monotematici su un argomento specifico di Medicina Estetica presente nel seguente elenco:

- Metodologie diagnostiche in Medicina Estetica
- Invecchiamento Cutaneo
- Invecchiamento Generale
- Principi di Alimentazione
- Gestione del Sovrappeso
- Flebologia Estetica
- Disarmonie della figura
- Laser in Medicina Estetica

OPPURE

Essere Direttore o Coordinatore didattico-scientifico di Master biennali universitari in Medicina Estetica (vedi requisiti a regime) o di Scuole di Formazione quadriennali di Medicina Estetica (vedi requisiti a regime) da almeno due anni.

OPPURE

Essere Docente in Master biennali universitari in Medicina Estetica (vedi requisiti a regime) o in Scuole di Formazione quadriennali di Medicina Estetica (vedi requisiti a regime) da almeno 3 anni in almeno uno degli argomenti sopra elencati.

OPPURE

Essere Titolare di Studio Medico con Autorizzazione per l'attività di Medicina Estetica da almeno tre anni (Delibera Regionale n. 424 del 14/7/06).

OPPURE

Esercitare l'attività propria di Medicina Estetica presso un reparto Ospedaliero/Universitario o presso una struttura privata che tratta esclusivamente tale branca della Medicina da almeno tre anni.

N.B.: I suddetti requisiti debbono risultare in possesso del richiedente alla data del 31/12/2009.