

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

**Registro  
AGOPUNTURA**

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

**MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA**

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

Il sottoscritt\_ Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Iscritto nell'Albo {  
dei Medici-Chirurghi  con posiz. n \_\_\_\_\_  
degli Odontoiatri  con posiz. n \_\_\_\_\_

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

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 – GDPR sul TRATTAMENTO DEI DATI, visionabile anche al seguente Link:  
[INFORMATIVA AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE](#)

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

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

- 1) N. \_\_\_\_\_ attestato/i relativo/i al CORSO di Agopuntura 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 Agopuntura.
- 3) N. \_\_\_\_\_ attestato/i relativo a Corsi di Insegnamento eventualmente tenuti come docente in materia di Agopuntura.
- 4) N. \_\_\_\_\_ PUBBLICAZIONI nelle materie di Agopuntura.

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

---

---

5) N. \_\_\_\_\_ certificato/i relativo/i ad attività di Agopuntura 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. \_\_\_\_\_

**MODALITA' di TRASMISSIONE del MODULO**

- a mezzo **PEC**, all'indirizzo: [protocollo@pec.omceoroma.it](mailto:protocollo@pec.omceoroma.it) (allegando la **FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000**)
- a mezzo **E-MAIL**, all'indirizzo: [info@ordinemediciroma.it](mailto:info@ordinemediciroma.it) (allegando la **FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000**)
- per **POSTA**, all'indirizzo: **Via G.B. De Rossi, 9 - 00161 ROMA** (allegando la **FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000**)
- a **MANO** in **SEDE**, accedendo preferibilmente PREVIO APPUNTAMENTO, da prendere Telefonicamente (Tel: 064417121) o sul Sito.

\*\*\*\*\*

**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 \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE**

**DECISIONI ASSUNTE dalla COMMISSIONE**

**APPROVATO**

**NON APPROVATO**