

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

**Registro
FITOMEDICINA**

(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 _____

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

fa **DOMANDA** per essere iscritto nel **REGISTRO DI FITOMEDICINA** 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 Fitomedicina 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 Fitomedicina.
- 3) N. _____ attestato/i relativo a Corsi di Insegnamento eventualmente tenuti come docente in materia di Fitomedicina.
- 4) N. _____ PUBBLICAZIONI nelle materie di Fitomedicina.

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

5) N. _____ certificato/i relativo/i ad attività di Fitomedicina 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 (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 (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.^{ra} _____
(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata RICEVUTA N. ° _____ del _____

VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE

DECISIONI ASSUNTE dalla COMMISSIONE

APPROVATO

NON APPROVATO
