

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

**Registro  
MEDICINA ESTETICA**

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 \_\_\_\_\_ Laureato in Medicina e Chirurgia il  
\_\_\_\_\_ iscritto nell'Albo dei Medici-Chirurghi con pos. n. \_\_\_\_\_

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

- 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](http://WWW.ORDINEMEDICIROMA.IT) SEZIONE "NORMATIVA";

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 \_\_\_\_\_

.....

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

.....

**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.

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.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_  
*(Timbro e firma del funzionario)*

**VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

