

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

Registro

**ESPERTI IN TERAPIE ODONTOIATRICHE
CON FINALITA' ESTETICHE DEL VISO
NELLE PERTINENTI AREE DI COMPETENZA**

MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

l sottoscritt_ Dott._ _____ nat_ a
_____ (prov. _____) il _____ residente in
_____ (prov. _____) Via _____ n. _____ C.A.P _____
Tel. _____ cell. _____ e-mail _____
PEC _____ laureato in Odontoiatria il
_____ iscritto nell'Albo degli Odontoiatri con pos. n. _____

CHIEDE

di essere iscritto nel **REGISTRO ESPERTI IN TERAPIE ODONTOIATRICHE CON FINALITA' ESTETICHE DEL VISO NELLE PERTINENTI AREE DI COMPETENZA** istituito dal Consiglio Direttivo dell' Ordine, con *Delibera N. 177 del 10.06.2021* - (vedere requisiti pag. 4).

Al riguardo _l_ sottoscritt_ **ALLEGA** la seguente **DOCUMENTAZIONE** (*in originale o copia fotostatica*):

N. _____ attestato/i di partecipazione a MASTER Universitari di II livello.

OPPURE

N. _____ attestato/i relativo a Corsi teorico-pratici in Medicina Estetica organizzati da Società Scientifiche accreditate presso il Ministero della Salute.

OPPURE

N. _____ attestato relativo al Coordinamento di Master Universitari di II livello o di Scuole di Formazione riconosciute, almeno biennali, in Medicina Estetica.

OPPURE

N. _____ attestato relativo alla docenza o precedente docenza in materie relative alla Medicina Estetica in Master di II Livello negli ultimi tre anni.

INOLTRE rilasciare apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa alla data dalla quale è titolare di studio odontoiatrico con autorizzazione regionale all'esercizio OVVERO dell'invio della comunicazione di inizio attività, per prestazioni considerate a minore invasività OVVERO dall'esercizio esclusivo di attività di consulenza.

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. 177/2021 - CONSULTABILE SUL SITO DELL'ORDINE 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.^{ra} _____
(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata RICEVUTA N. ° _____ del _____

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.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

**ATTIVITA' DI ODONTOIATRA CON FINALITA' ESTETICHE DEL
VISO NELLE PERTINENTI AREE DI COMPETENZA**

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

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:**

- che lo studio è in regola con le norme regionali in materia di autorizzazione all'esercizio
OVVERO
- che ha effettuato comunicazione di inizio attività, per prestazioni considerate a minore invasività
OVVERO
- che esercita esclusivamente attività di consulenza

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

APPROVATO

NON APPROVATO

REQUISITI PER L'ISCRIZIONE AL REGISTRO:
**“ESPERTI IN TERAPIE ODONTOIATRICHE CON FINALITÀ ESTETICHE DEL VISO
NELLE PERTINENTI AREE DI COMPETENZA”**

1) Essere Laureati in Odontoiatria e aver ottenuto l'Abilitazione all'Esercizio della Professione odontoiatrica

2) Aver conseguito il Diploma di Master Universitario di II Livello in Medicina/Terapie Estetiche del Viso

OPPURE

2a) *Aver frequentato Corsi Teorico-Pratici in Medicina Estetica organizzati da Società Scientifiche accreditate presso il Ministero della Salute*

OPPURE

2b) *Aver coordinato Master di II Livello universitari o di Scuole di Formazione riconosciute, almeno biennali, in Medicina Estetica*

OPPURE

2c) *Essere Docente o essere stato Docente in materie relative alla Medicina Estetica in Master di II Livello negli ultimi tre anni*