

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000)

### MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_  
(COGNOME NOME)

Iscritto/a all'ALBO  **MEDICI-CHIRURGHI** - Pos. n. \_\_\_\_\_  **ODONTOIATRI** - Pos. n. \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITA' 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 aver conseguito i seguenti **TITOLI**:

**SPECIALIZZAZIONE**  in \_\_\_\_\_ presso  
la Facoltà di \_\_\_\_\_ dell'Università degli Studi di  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

**MASTER** DI \_\_\_\_\_ LIVELLO in \_\_\_\_\_ presso  
la Facoltà di \_\_\_\_\_ dell'Università degli Studi di  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

**DOTTORATO DI RICERCA** in \_\_\_\_\_ presso  
la Facoltà di \_\_\_\_\_ dell'Università degli Studi di  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

**MEDICINA GENERALE**: data \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

- Diploma di formazione specifica in medicina generale rilasciato dalla Commissione di cui all'art. 29, comma 3, del D.Lgs. 17 agosto 1999, n.368 e successive modificazioni
- Attestato di tirocinio teorico-pratico per la formazione specifica in Medicina Generale rilasciato ai sensi del D.Lgs 8 agosto 1991, n.256
- Tirocinio teorico-pratico per la formazione in Medicina Generale rilasciato ai sensi del Decreto Interministeriale 10 ottobre 1988

(segue **Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione TITOLI**)

**CORSO DI PERFEZIONAMENTO** istituito ai sensi di {  
□ D.P.R. n. 162/1982  
□ Legge n. 341/1990

in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli  
Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ A.A. \_\_\_\_\_

**ATTESTATO di formazione QUADRIENNALE in PSICOTERAPIA**  (da allegare in Fotocopia), in data  
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ riconosciuto  
con D.M. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ con sede  
in \_\_\_\_\_

 L'attuale disciplina consente l'**ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI PSICOTERAPIA** ai Medici-Chirurghi in possesso del titolo di **Specializzazione in PSICHIATRIA, NEUROPSICHIATRIA INFANTILE, PSICOLOGIA CLINICA, PSICOLOGIA DEL CICLO DELLA VITA e PSICOLOGIA DELLA SALUTE** o, in alternativa, del **Diploma conseguito presso gli istituti riconosciuti dal Ministero dell'Università e della Ricerca ai sensi dell'Articolo 3 della Legge n. 56/1989 idonei ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia.** I sanitari in possesso dei suddetti titoli sono, pertanto, Legittimati all'Esercizio della Psicoterapia (Comunicazione FNOMCeO N. 65/2023).

\*\*\*\*\*

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 \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**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> \_\_\_\_\_ RICEVUTA N. ° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
(Timbro e firma del funzionario)

### **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@ordinemedicioroma.it](mailto:info@ordinemedicioroma.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.