

Marca da bollo da € 16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA**

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

Via _____

CHIEDE

di essere iscritto al Registro dei Medici e Odontoiatri praticanti le Medicine non Convenzionali istituito presso codesto Ordine nella/e sezione/i di:

Agopuntura

Fitoterapia

Omeopatia suddivisa in tre sottoelenchi:

Omeopatia

Omotossicologia

Antroposofia

Il/la sottoscritto/a con la presente dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art 46 TU DPR 28/12/2000 n. 445, dichiara di possedere i requisiti previsti nell'Accordo Stato-Regione del 07/02/2013 e allega pertanto il curriculum formativo-professionale attinente la MNC.

Data _____

Firma _____