

**Marca da bollo**  
**da € 16,00**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DI MEDICINA ESTETICA**

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

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

Laureato/a in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_ iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi al n. \_\_\_\_\_

Con studio professionale in \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

di aver conseguito il titolo di specializzazione in \_\_\_\_\_  
presso la Facoltà di \_\_\_\_\_ dell'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_

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. 129 del 23/11/2021

**Al riguardo il sottoscritto ALLEGA la seguente DOCUMENTAZIONE:**

- 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 lezione 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/i a Corsi di Insegnamento eventualmente tenuti come docente in materie relative alla Medicina Estetica.

- 4) Attestato/i relativo/i alla Direzione o Coordinamento di Master biennali o di Scuole di Formazione quadriennali in 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.

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

---

---

**TOTALE ALLEGATI N.** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e alle finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati (fatta eccezione per le residenze, i recapiti telefonici e gli indirizzi mail) verranno inseriti nel sito istituzionale dell'Ente nonché in quello della FNOMCeO.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_