

**DOMANDA DI INSERIMENTO NEL REGISTRO DEI PRATICANTI  
LE MEDICINE NON CONVENZIONALI**

**Al Presidente  
dell'Ordine dei Medici-Chirurghi  
e degli Odontoiatri della Provincia  
di Ragusa**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

MEDICO CHIRURGO

ODONTOIATRA

Laurea conseguita c/o l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Specializzazione/i in \_\_\_\_\_  
Conseguita c/o l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Specializzazione/i in \_\_\_\_\_  
Conseguita c/o l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Iscritto/a all'Albo dei Medici-Chirurghi –odontoiatri della Provincia di Ragusa dal \_\_\_\_\_  
N° iscrizione \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

Di essere inserito nel Registro dei praticanti le medicine non convenzionali istituito c/o l'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ragusa per le seguenti discipline:

1)  **AGOPUNTURA**

2)  **FITOTERAPIA**

3)  **OMEOPATIA**

**OMEOPATIA**

**OMOTOSSICOLOGIA**

**ANTROPOSOFIA**

Ai sensi e per gli effetti del T.U.- DPR 28 dicembre 200, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità,

**DICHIARA IL SEGUENTE CURRICULUM PROFESSIONALE**

Corsi formativi primari:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Attività professionale specifica prevalente o esclusiva da anni: \_\_\_\_\_

Sede/i: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Attività di docenza: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Pubblicazioni: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Allega la relativa documentazione, anche in fotocopia:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Dichiara di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i propri dati personali, ai sensi della legge 196/2003.

Data, \_\_\_\_\_

Firma

---

Avvertenza: il dichiarante decade dai benefici conseguiti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.