

data

Prot.n.

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI
MESSINA

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

ai sensi dell'art.3 dell'Accordo Stato-Regioni stipulato il 7 febbraio 2013,
concernente la formazione dei medici chirurghi e degli odontoiatri che esercitano
le medicine complementari, la certificazione di qualità della formazione e
dell'esercizio, con conseguente inserimento nell'apposito elenco esistente presso
l'Albo professionale di quest'Ordine, relativamente alla disciplina sotto
contrassegnata

AGOPUNTURA

FITOMEDICINA

OMEOPATIA

Omeopatia

Omotossicologia

Antroposofia

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R.
n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

di essere nato/a a

prov. il ; codice fiscale

di essere residente a

prov. CAP in via

[recapiti tel./ e-mail:]

indirizzo per la corrispondenza (compilare se dimora diversa dalla residenza):

.....

.....

di avere conseguito il diploma di laurea in il

presso l'Università degli Studi di

in data con voto /

di avere superato l'esame di abilitazione all'esercizio professionale nella sessione

(I/II) mese anno presso l'Università

marca da bollo
€ 16,00

degli Studi di con voto / ;
di essere iscritto/a all'Albo professionale de
di quest'Ordine dal con posizione n.
di essere al corrente che l'inserimento nel/nei predetto/i elenco, si rende necessario per tutelare la libertà di scelta dei cittadini e quella del medico e dell'odontoiatra, entrambe fondate su un rapporto consensuale e informato sul rispetto delle leggi dello Stato e dei principi della deontologia professionale.

Di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n.445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art.75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

ACCLUDE

la seguente documentazione:

1.
2.
3.
4.

Dichiaro di essere informato/a, così come previsto dalla legge, che i dati personali raccolti verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento (articolo 13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali).

.....
data firma

SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI

Il sottoscritto
attesta, ai sensi dell'art.30 T.U. DPR 28.12.2000 n.445, che il
Dott.
ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

.....
data firma dell'incaricato che riceve l'istanza



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI MESSINA

Via Bergamo Is.47/A 98124 Messina
Tel. 090-691089 Fax 090-694555
www.omceo.me.it info@omceo.me.it

ORARIO DI RICEVIMENTO:

dal LUNEDÌ al VENERDÌ: ore 9,30 - 13,00
LUNEDÌ e GIOVEDÌ: ore 14,30 - 16,30

INDICAZIONI PER LA PRESENTAZIONE DEL MODULO

- ❖ compilare in stampatello, indicando tutti i dati richiesti e apponendo la marca da bollo;
- ❖ l'interessato deve presentarsi munito di documento di identità, ovvero allegarne copia qualora produca l'istanza per il tramite di terzi o la trasmetta per le vie postali (per quest'ultimo caso, è opportuno provvedere a mezzo raccomandata a/r. Diversamente, gli uffici non risponderanno di eventuali disguidi);

AVVERTENZE

- ❖ Si precisa che i dati forniti verranno trasmessi alla FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri) per la loro relativa competenza.
- ❖ Il medico o l'odontoiatra è invitato a comunicare eventuale domicilio professionale, ed è tenuto a comunicare direttamente all'Ordine ogni variazione di residenza e/o domicilio.
- ❖ Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 T.U. – DPR 445/2000)
- ❖ Gli uffici sono aperti al pubblico dal Lunedì al Venerdì, dalle ore 9.30 alle ore 13.00 e nei pomeriggi di Lunedì e Giovedì anche dalle ore 14,30 alle ore 16,30 (il servizio pomeridiano viene sospeso nei mesi di luglio ed agosto). Per informazioni si possono contattare telefonicamente gli uffici amministrativi chiamando il numero 090691089.
- ❖ Sempre attivo il Fax il cui numero è 090694555.
- ❖ Chi accede ad Internet può servirsi del nostro indirizzo di posta elettronica: info@omceo.me.it
E' gradito l'uso dell'e-mail, in quanto facilita il contatto e velocizza i tempi di risposta relativi alle eventuali informazioni richieste.

Si precisa che l'inserimento nell'elenco richiesto ha decorrenza dalla data della delibera del Consiglio Direttivo dell'Ordine (NON già dalla presentazione della domanda)