

**Marca
da bollo
€. 16,00**

***Ill.mo Sig. PRESIDENTE
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
ED ODONTOIATRI
della Provincia di BARI***

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

Il riconoscimento dell'attività psicoterapeutica ai sensi dell'art. 35 della legge 56/89, come modificato dall'art.1, comma 2 e 3 della legge n. 4 del 14.1.1999. Ai sensi e per gli effetti del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato a _____ prov. _____ ,
- il _____ ; codice fiscale _____ ;
- di essere residente a _____ prov. _____ ;
- in via _____ ; CAP _____ ,
- di essere cittadino/a _____ ;
- Cell. _____ , Tel. _____ ,
- email _____ ; PEC _____ ;
- di avere conseguito il diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA in data _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voti ____/____ ;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella (I/II) _____ sessione dell'anno _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voti ____/____ ;
- di essere iscritto all'Albo dei MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine sino dal _____ con matricola n. _____ ;

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96;
- di avere acquisito una specifica formazione professionale in psicoterapia e di averla esercitata in modo preminente e continuativo.

A tal fine allega:

- ✓ curriculum formativo con indicazione delle sedi, tempi e durata della formazione;
- ✓ curriculum scientifico e professionale;
- ✓ dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (o documentazione) attestante la continuità e preminenza dello svolgimento dell'attività psicoterapeutica.

Firma

Bari lì, _____



**ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI ED ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI BARI**

Il sottoscritto incaricato, ATTESTA ai sensi dell'art.30 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che l'istanza:

è stata presentata personalmente da sottoscrittore identificato con documento _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____

è stata presentata, corredata di copia fotostatica del documento di identità valido del sottoscrittore, dal sig. _____ identificato con documento _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____

è pervenuta a mezzo posta corredata di copia fotostatica del documento di identità valido del sottoscrittore.

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

Bari lì, _____

NOTE PER IL MEDICO CHE SI ISCRIVE:

- La domanda va presentata dal medico che si iscrive, il quale deve presentarsi necessariamente munito di documento di identità non scaduto.
- NON potranno essere accettate le domande incomplete;
- La domanda va assolutamente prodotta scrivendo in stampatello in carta uso bollo da €. 16,00;
- Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

A PENA DI IRRICEVIBILITA' LE ISTANZE DEVONO ESSERE PRESENTATE COME SEGUE:

- ❖ Le domande di iscrizione devono essere presentate personalmente dal medico che intende iscriversi, il quale deve presentarsi all'Ordine necessariamente munito di documento di identità non scaduto;
- ❖ NON potranno essere accettate tutte quelle istanze incomplete degli elementi indicati;
- ❖ Le istanze vanno prodotte in carta uso bollo da €. 16,00 e la prevista marca da bollo va apposta esclusivamente all'atto della presentazione dell'istanza, onde evitare di doverla sostituire in caso di errori nella presentazione dell'istanza stessa;
- ❖ Tutti i modelli delle domande con più facciate devono essere presentati all'Ordine su un unico foglio formato A3, compilato (su 4 facciate) scrivendo in STAMPATELLO;
- ❖ Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.