

**All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e
egli Odontoiatri della Provincia di Ascoli Piceno**

Il sottoscritto Dott.
Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 445 del 28.12.2000, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR 445 del 28.12.2000),

DICHIARA

- di essere nato aProv..... il
- di essere residente/domiciliato a
in via n.
- di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi dal al n.....
- di essere laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di:
in data
- di essere abilitato all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di:
nel

dichiara inoltre:

- - di avere conseguito il diploma di specializzazione in:
..... presso l'Università di il
- - di avere terminato il corso quadriennale in.....
.....presso l'Istituto
..... sede
riconosciuto dal MURST ai sensi dell'art. 3 L. 56/89, iniziato nel e concluso
nel e di avere superato l'esame finale;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del DL.gs 196/03 e di concedere il proprio consenso al trattamento degli stessi.

CHIEDE

ai sensi della legge 56/89 l'inserimento nell'elenco degli Psicoterapeuti.

Data

firma

.....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

Documentazione da presentare:

Domanda in bollo - Fotocopia documento d'identità in corso di validità

Specialità: certificato di specialità in bollo oppure la dichiarazione sostitutiva di certificazione in carta libera.