



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di L'Aquila

**MARCA DA
BOLLO**

€ 16

LEGITTIMAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI PSICOTERAPIA

I sottoscritt_ Dott. _____ nat_ a _____ Prov.(____)
Il ___/___/___ residente in _____ Prov.(____) Via/P.zza _____ C.A.P. _____
Tel: ___/___/___ Cell: _____ e-mail: _____ @ _____
PEC: _____ @ _____ Iscritt_ all'Albo dei Medici al n° _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITA' NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

di aver conseguito il titolo di **SPECIALIZZAZIONE** in _____ presso
la Facoltà di _____ dell'Università di _____ in
data ___/___/___ con voti ___/___

di aver conseguito in data ___/___/___ l'**ATTESTATO** di formazione **QUADRIENNALE** in
PSICOTERAPIA (da allegare in Fotocopia), presso _____ riconosciuto con
D.M. _____ del ___/___/___ con sede in _____

CHIEDE

LA LEGITTIMAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI PSICOTERAPIA

ai sensi dell'art. 3 della legge n. 56 del 18.02.1989

e l'annotazione quale specialista in Psicoterapia – art. 2 – comma 3 – Legge 29/12/2000, n. 401

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLECHE:

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 E MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHÉ IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C.e O.

Data ___/___/_____

Firma _____

INVIO per POSTA (Allegare FOTOCOPIA non autenticata di un DOCUMENTO di IDENTITÀ' – ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n°445/2000)

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:

Sig.ra/Sig. _____

(Timbro e firma dell'addetto)