



**Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
L'Aquila**

**MARCA DA
BOLLO**

€ 16

**Richiesta iscrizione nei Registri dei Medici - Chirurghi e degli Odontoiatri della
provincia di L'Aquila esercenti le "medicine e pratiche non convenzionali"**

I sottoscritt_ Dott. _____

nat_a _____, Prov.(_____), il ____/____/____

residente in _____ Prov. (____)

Via/P.zza _____ n° _____, CAP _____

Tel. _____ cell. _____

e-mail: _____ @ _____ PEC: _____ @ _____

con studio professionale in _____, Prov.(_____),

Via/P.zza _____ n° _____, CAP _____

dei Medici-Chirurghi al n°: _____

Iscritto nell'Albo:

degli Odontoiatri al n°: _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AL REGISTRO DI:

- AGOPUNTURA**
 FITOTERAPIA
 OMEOPATIA (Omeopatia - Omotossicologia – antroposofia)

Il sotto scritto dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono stati destinati i dati personali ai sensi della Legge sulla privacy (675/96 succ. mod. ed integrazioni) con il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (art.7 del D.lgs. 196/2003) e autorizza il trattamento degli stessi.

Data _____

Firma _____

[_____] **INVIO per POSTA** (Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)

CRITERI DI INCLUSIONE PER L'ISCRIZIONE AI REGISTRI ISTITUITI PRESSO L'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI L'AQUILA

Certificato di frequenza di una scuola, almeno biennale (minimo 200 ore) che attesti formazione teorica e il superamento di un esame finale nonché autocertificazione attestante l'esercizio professionale non convenzionale da almeno 3 anni.

Le scuole devono garantire i seguenti requisiti:

1. *Il responsabile didattico della scuola deve essere un medico*
2. *I docenti titolari/ordinari della formazione devono essere medici, salvo casi particolari di apporto di ulteriori competenze in riferimento alla didattica (giurisprudenza, farmacia...)*
3. *La scuola deve avere un minimo di tre docenti titolari e comunque la componente medica deve essere almeno 2/3 dell'intero corpo docente.*

OPPURE

Certificazione di pratica clinica nella materia, effettuata in struttura pubblica e/o privata, da almeno due anni, rilasciata dal Direttore Sanitario o comunque dal Responsabile Sanitario della struttura.

OPPURE

Nei casi in cui gli Ordini ritengano sussistere un'acclarata competenza e professionalità clinica del richiedente potranno valutare in alternativa ai primi due requisiti, e limitatamente alla fase di prima applicazione, il possesso di almeno 3 dei titoli che seguono, ai fini della verifica del messaggio da pubblicizzare.

Titoli aggiuntivi al fine della definizione del curriculum:

1. *Pubblicazioni nella specifica disciplina su libri, riviste scientifiche dotate di comitato scientifico o comunicazioni convegni*
2. *Partecipazione a convegni in qualità di organizzatore scientifico*
3. *Effettuazione di attività didattiche non continuative sulla materia*
4. *Partecipazione a corsi formativi quali master universitari, seminari, corsi intensivi nella materia*
5. *Partecipazione a convegni sulla materia nei cinque anni precedenti alla richiesta dell'attestazione.*

Al riguardo il sottoscritto **ALLEGA** la seguente **DOCUMENTAZIONE** (in originale o copia fotostatica):

1) N. _____ attestato/i relativo/i al CORSO DI _____ superato (con indicazione: dell'obbligo di frequenza, degli anni di durata, del numero di lezioni teoriche, del numero di ore di lezioni pratiche, e del superamento, o meno, di un esame finale).

2) N. ____ attestato/i di partecipazione a MASTER e/o CORSI di Perfezionamento in _____

3) N. _____ attestato/i relativo a Corsi di Insegnamento eventualmente tenuti come docente in materia: _____ svolti presso: _____

4) N. _____ PUBBLICAZIONI nelle materie di _____

5) N. _____ certificato/i relativo/i ad ATTIVITÀ di _____ resa/e presso STRUTTURE PUBBLICHE con relativa durata.

6) I seguenti eventuali altri atti o dichiarazioni di rilievo riguardanti l'ATTIVITÀ SVOLTA.

TOTALE ALLEGATI N° _____

Firma

Luogo e data _____, lì _____/_____/_____

VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE

APPROVATO

NON APPROVATO

Data: _____/_____/_____

Il Responsabile del Procedimento
