

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia
di PESARO E URBINO
Galleria Roma – Scala D
61121 PESARO

marca da bollo €16,00

La/il sottoscritta/onata/o a.....

il iscritta/o all'Albo dei medici chirurghi/odontoiatri al n.....

ai sensi e per gli effetti della Legge Regione Marche n. 43 del 25 novembre 2013, dell'Accordo
Stato - Regione e Province autonome del 07/10/2013

CHIEDE

di essere inserita/o nell'elenco tenuto da questo Ordine relativo alla disciplina

OMEOPATIA

AGOPUNTURA

FITOTERAPIA

Sottoelenchi : Omeopatía

Omotossicología

Antroposofia

essendo in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti previsti dalle disposizioni transitorie di cui
all'arf.10 dell'Accordo Stato-Regione sopra citato, come da documentazione allegata:

Attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina oggetto della domanda di almeno 300 ore
di insegnamento teorico-pratico e della durata almeno di 3 anni con verifica finale;

Attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina oggetto della domanda di almeno 200 ore
di insegnamento teorico-pratico ed almeno 15 anni di esperienza clinica documentata;

Attestazione di iter formativo costituito da corsi anche non omogenei che permettono, per il
programma seguito e per il monte ore svolte, di aver acquisito una competenza almeno pari a quella
ottenibile con corsi di cui ai punti di cui sopra;

Documentazione di almeno otto anni di docenza nella disciplina oggetto della presente
regolamentazione presso un soggetto pubblico o privato accreditato alla formazione che, a giudizio
della commissione, possieda requisiti didattici idonei.

Data.....

Firma.....

Allegare: Fotocopia documento di riconoscimento, fotocopia attestato/documentazione di cui alla
domanda e curriculum formativo e lavorativo nel campo delle Medicine Complementari.