

APPLICARE
MARCA DA BOLLO
€ 16,00

ALL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI.

Registro
FITOMEDICINA

Il sottoscritt_ Dott. _____ nat_ a
_____ (prov. _____) il _____ residente in
_____ (prov. _____) Via _____ n. _____ C.A.P. _____
Tel. _____ cell. _____ e mail _____
con studio professionale in _____ Tel. _____

Iscritto nell'Albo dei Medici-Chirurghi con posiz. n. _____
 degli Odontoiatri con posiz. n. _____

fa **DOMANDA** per essere iscritto nel **REGISTRO DI FITOMEDICINA** istituito dal Consiglio Direttivo di questo Ordine, con *Delibera N. 51 del 04.03.1998*.

*IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:
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 x POSTA** (Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'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./Sig.^{ra} _____
(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata RICEVUTA N. ° _____ del _____

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

- 1) N. _____ attestato/i relativo/i al CORSO di Fitomedicina 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 Fitomedicina.
- 3) N. _____ attestato/i relativo a Corsi di Insegnamento eventualmente tenuti come docente in materia di Fitomedicina.
- 4) N. _____ PUBBLICAZIONI nelle materie di Fitomedicina.

I seguenti altri DOCUMENTI attestanti l'eventuale effettuazione di ATTIVITÀ SCIENTIFICA:

- 5) N. _____ certificato/i relativo/i ad attività di Fitomedicina 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. _____

VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE

| | |
|---|---|
| DECISIONI ASSUNTE dalla COMMISSIONE | |
| <input type="checkbox"/> APPROVATO | <input type="checkbox"/> NON APPROVATO |
