

Marca da bollo  
€ 16,00

## DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO DEGLI PSICOTERAPEUTI

All'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della provincia  
di Sassari

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
*cognome*
*nome*

### CHIEDE

l'inserimento nell'**elenco degli Psicoterapeuti** di codesto Ordine, ai sensi dell'articolo 3 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56.

A tal fine e ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46, 47, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

### DICHIARA

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_
- di essere domiciliato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_
- tel. (*dato facoltativo*) \_\_\_\_\_ cell. (*dato facoltativo*) \_\_\_\_\_
- e-mail (*dato facoltativo*) \_\_\_\_\_ pec (*dato obbligatorio*) \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'Albo Medici Chirurghi con numero d'ordine \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_  
conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ riportando la votazione di \_\_\_\_\_  
 autocertificato in allegato alla presente
  agli atti di questo Ordine provinciale
- di essere in possesso del diploma di \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso l'Istituto privato \_\_\_\_\_  
riconosciuto dal MIUR, riportando la votazione di \_\_\_\_\_  
 autocertificato in allegato alla presente
  agli atti di questo Ordine provinciale

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 del D.P.R. 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR)**, dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa.

Sassari, lì \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si precisa che l'inserimento nell'**Elenco degli Psicoterapeuti** è consentito esclusivamente ai Medici iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi dell'Ordine in possesso dei seguenti requisiti:

- a) Laurea in Medicina e Chirurgia e **Diploma di Specializzazione in Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Psicologia Clinica o in Psicologia del ciclo della vita e psicologia della salute;**
- b) Laurea in Medicina e Chirurgia e **Diploma conseguito presso Istituti privati**, riconosciuti ed idonei con decreto del MIUR, ad attivare corsi di specializzazione in Psicoterapia.

**N.B. Alla domanda presentata, da persona diversa dal richiedente o a mezzo di servizio postale, deve essere allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**