

Marca da bollo  
€ 16,00

**PROCEDURA A REGIME**  
**DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI MEDICI**  
**ESPERTI NELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI**

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

Il/La sottoscritto/a dott./ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Albo Medici Chirurghi al numero d'Ordine \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Albo Odontoiatri al numero d'Ordine \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

con studio professionale sito in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (indicare indirizzo completo)

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

corrispondenza \_\_\_\_\_

elenco \_\_\_\_\_

*(indicare quale indirizzo si desidera venga utilizzato per l'invio della corrispondenza e quale deve essere inserito negli elenchi utilizzati ai sensi della informativa allegata)*

ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Stato-Regioni n. 54/CSR del 07.02.2013,

**CHIEDE**

di essere inserito nell'elenco dei medici esperti nelle medicine non convenzionali, tenuto da questo Ordine, relativo alla disciplina:

AGOPUNTURA

FITOMEDICINA

OMEOPATIA E OMOTOSSICOLOGIA

essendo in possesso dei requisiti di cui all'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni n. 54/CSR del 07.02.2013, come recepito con Deliberazione dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna n. 34/22 del 07.07.2015, come da documentazione allegata:

attestato rilasciato da un istituto formativo pubblico o privato accreditato dalla Regione al termine del percorso formativo di almeno 3 anni con svolgimento di almeno 400 ore di formazione teorica, cui si aggiungono 100 ore di pratica clinica con superamento di un esame teorico-pratico al termine di ciascun anno di corso e discussione finale di tesi;

attestato di conseguimento di Master Universitario di II livello.

Sassari, li \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, infine, ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196, presta il proprio consenso al trattamento da parte dell'Ente dei dati personali forniti col presente modulo e i suoi allegati, nei limiti e per gli scopi dichiarati dall'Ente stesso. Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art.13 della suddetta normativa, sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati, e sui diritti di cui all'art.7 della medesima Legge.

Sassari, li \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_