

Marca da bollo  
€. 16,00

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

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della provincia di Sassari  
Via Cavour 71 B  
07100 Sassari  
[ordine@omceoss.org](mailto:ordine@omceoss.org)  
[ordine.ss@pec.omceo.it](mailto:ordine.ss@pec.omceo.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_

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

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di Codesto Ordine al numero \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo degli Odontoiatri di Codesto Ordine al numero \_\_\_\_\_

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

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

**DICHIARA**

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 delle 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 in data \_\_\_\_\_ presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
del Master Universitario \_\_\_\_\_

*(indicare la dizione esatta del master)*

di 1° Livello

di 2° Livello

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 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, li \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**N.B. Alla dichiarazione presentata, da persona diversa dal richiedente o tramite posta e posta elettronica deve essere allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**