

Marca da bollo 16 €

## **DOMANDA DI INSERIMENTO DEL REGISTRO DEI PRATICANTI LE MEDICINE NON CONVENZIONALI**

**AL PRESIDENTE  
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA  
DI ORISTANO**

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a ..... il .....

C.F. ....

residente a .....in Via ..... n. ....

**MEDICO CHIRURGO/ODONTOIATRA**

Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi – Odontoiatri della Provincia di .....al n.....

**CHIEDE**

**DI ESSERE INSERITO/A NEL REGISTRO DEI PRATICANTI LE MEDICINE NON CONVENZIONALI ISTITUITO C/O  
L'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ORISTANO**

**PER LE SEGUENTI DISCIPLINE:**

- Agopuntura
- Fitoterapia
- Omeopatia
- Omotossicologia
- Antroposofia

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

Attività professionale: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

.....

Attività di docenza .....

.....

---

Publicazioni: .....

---

Allega la relativa documentazione:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oristano,

FIRMA