

DOMANDA DI ISCRIZIONE “ELENCO PSICOTERAPEUTI”

Marca
da bollo
€ 14,62

Spett.le
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Oristano

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____

CHIEDE

l'iscrizione nell' “Elenco degli psicoterapeuti” ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 56/89.

A tal fine e ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46 e 76, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

DICHIARA

- di essere nato nato/a _____ (prov. _____) il _____
- di essere residente in _____ (prov. _____) Cap _____
Via _____, n. _____ tel. *(dato facoltativo)* _____
- Codice fiscale _____
- iscritto/a all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di _____ al n. _____
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____
_____, conseguito in data _____ presso
l'Università di _____ in data con voto _____
- di essere in possesso del diploma _____
conseguito presso l'Istituto privato _____
riconosciuto dal MURST, in data _____ riportando la votazione di _____

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

Data _____

Firma _____

**N.B. - IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.
- ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE.**

N.B. Si precisa che l'iscrizione nell' **“Elenco degli psicoterapeuti”** è consentito esclusivamente ai medici iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi dell'Ordine in possesso dei seguenti requisiti:

- 1) Laurea in Medicina e Chirurgia e diploma in:
 - PSICHIATRIA
 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
 - PSICOLOGIA CLINICA
 - PSICOLOGIA DEL CICLO DELLA VITA E PSICOLOGIA DELLA SALUTE;
- 2) Laurea in Medicina e Chirurgia e diploma conseguito presso istituti privati riconosciuti e idonei, con decreto del MURST, ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia.