

**APPLICARE MARCA DA
BOLLO DA EURO 16,00**

ALL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI.

**Registro
MEDICINA ANTROPOSOFICA**

Il sottoscritt_ Dott. _____ nat_ a
_____ (prov. _____) il _____ residente in
_____ (prov. _____) Via _____ n. _____ C.A.P. _____
Tel. _____ cell. _____ e mail _____
con studio professionale in _____ Tel. _____

Iscritto nell'Albo dei Medici-Chirurghi con posiz. n. _____
 degli Odontoiatri con posiz. n. _____

fa **DOMANDA** per essere iscritto nel **REGISTRO DELLA MEDICINA ANTROPOSOFICA** istituito dal Consiglio Direttivo di questo Ordine, con *Delibera N. 35 del 2.12.2021*.

[] **DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI** di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 – GDPR sul **TRATTAMENTO DEI DATI**, visionabile anche al seguente Link:
https://www1.ordinemediciroma.it/images/Modulistica/Protezione_dei_Dati/Privacy_Policy_OMCEO_febbraio_2021.pdf

Data _____ Firma _____

[] **INVIO x POSTA o PEC** (Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

[] **PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO**

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:

Sig./Sig.^{ra} _____
(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata RICEVUTA N. ° _____ del _____

Al riguardo il sottoscritto **ALLEGA** la seguente **DOCUMENTAZIONE** (in originale o copia fotostatica):

- 1) N. _____ attestato/i relativo/i al CORSO di Medicina Antroposofica superato (con indicazione: dell'obbligo di frequenza, degli anni di durata, del numero di lezioni teoriche, del numero di ore di lezioni pratiche, e del superamento, o meno, di un esame finale).
- 2) N. _____ attestato/i di partecipazione a MASTER e/o CORSI di Perfezionamento in Medicina Antroposofica.
- 3) N. _____ attestato/i relativo a Corsi di Insegnamento eventualmente tenuti come docente in materia di Medicina Antroposofica.
- 4) N. _____ PUBBLICAZIONI nelle materie di Medicina Antroposofica.

I seguenti altri DOCUMENTI attestanti l'eventuale effettuazione di ATTIVITÀ SCIENTIFICA:

- 5) N. _____ certificato/i relativo/i ad attività di Medicina Antroposofica resa/e presso STRUTTURE PUBBLICHE con relativa durata.

- 6) I seguenti eventuali altri atti o dichiarazioni di rilievo riguardanti l'ATTIVITÀ SVOLTA.

TOTALE ALLEGATI N. _____

VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE

DECISIONI ASSUNTE dalla COMMISSIONE	
<input type="checkbox"/> APPROVATO	<input type="checkbox"/> NON APPROVATO
