

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

**Registro  
FITOMEDICINA**

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 DI FITOMEDICINA** istituito dal Consiglio Direttivo di questo Ordine, con *Delibera N. 51 del 04.03.1998*.

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](https://www1.ordinemediciroma.it/images/Modulistica/Protezione_dei_Dati/Privacy_Policy_OMCEO_febbraio_2021.pdf)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

[ ] **INVIO x POSTA** (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.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_  
(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 Fitomedicina 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 Fitomedicina.
- 3) N. \_\_\_\_\_ attestato/i relativo a Corsi di Insegnamento eventualmente tenuti come docente in materia di Fitomedicina.
- 4) N. \_\_\_\_\_ PUBBLICAZIONI nelle materie di Fitomedicina.

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

---

---

- 5) N. \_\_\_\_\_ certificato/i relativo/i ad attività di Fitomedicina 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

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

---

---

---

---