

**APPLICARE MARCA DA
BOLLO DA Euro 16,00=**

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

Registro
ESPERTI IN TERAPIE ODONTOIATRICHE
CON FINALITA' ESTETICHE DEL VISO
NELLE PERTINENTI AREE DI
COMPETENZA

Il sottoscritt_ Dott. _____ nat_ a
_____ (prov. _____) il _____ residente in
_____ (prov. _____) Via _____ n. _____
C.A.P. _____ Tel. _____ cell. _____ e mail
_____ laureato in Odontoiatria il _____
iscritto nell'Albo degli Odontoiatri con pos. n. _____

CHIEDE

di essere iscritto nel **REGISTRO ESPERTI IN TERAPIE ODONTOIATRICHE CON FINALITA' ESTETICHE DEL VISO NELLE PERTINENTI AREE DI COMPETENZA** istituito dal Consiglio Direttivo dell' Ordine, con *Delibera N. 177 del 10.06.2021* - (vedere requisiti pag. 4).

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

N. _____ attestato/i di partecipazione a MASTER Universitari di II livello.

OPPURE

N. _____ attestato/i relativo a Corsi teorico-pratici in Medicina Estetica organizzati da Società Scientifiche accreditate presso il Ministero della Salute.

OPPURE

N. _____ attestato relativo al Coordinamento di Master Universitari di II livello o di Scuole di Formazione riconosciute, almeno biennali, in Medicina Estetica.

OPPURE

N. _____ attestato relativo alla docenza o precedente docenza in materie relative alla Medicina Estetica in Master di II Livello negli ultimi tre anni.

INOLTRE rilasciare apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa alla data dalla quale è titolare di studio odontoiatrico con autorizzazione regionale all'esercizio OVVERO dell'invio della comunicazione di inizio attività, per prestazioni considerate a minore invasività OVVERO dall'esercizio esclusivo di attività di consulenza.

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

TOTALE ALLEGATI N. _____

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:

- DOVRA' DOCUMENTARE PRESSO L'ORDINE L'AGGIORNAMENTO COME PREVISTO DALLA DELIBERA N. 177/2021 – CONSULTABILE SUL SITO DELL'ORDINE WWW.ORDINEMEDICIROMA.IT SEZIONE "NORMATIVA";
- I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER LE RESIDENZE, I RECAPITI TELEFONICI E GLI INDIRIZZI E MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHÉ IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C.e O.

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

Rilasciata RICEVUTA N.° _____ del _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)
ATTIVITA' DI ODONTOIATRA CON FINALITA' ESTETICHE DEL VISO NELLE
PERTINENTI AREE DI COMPETENZA**

l sottoscritt_ Dott. _____

nat_ a _____ il _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, **DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:**

- che lo studio è in regola con le norme regionali in materia di autorizzazione all'esercizio
OVVERO
- che ha effettuato comunicazione di inizio attività, per prestazioni considerate a minore invasività
OVVERO
- che esercita esclusivamente attività di consulenza

Roma, _____

IL DICHIARANTE

<p>[] PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO <i>La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:</i></p> <p>Sig./Sig.^{ra} _____ <i>(Timbro e firma del funzionario)</i></p>

VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE

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

Requisiti per l'iscrizione al Registro di Medicina Estetica

- 1) Essere Laureati in Odontoiatria e aver ottenuto l'Abilitazione all'Esercizio della Professione odontoiatrica
- 2) Aver conseguito il Diploma di Master Universitario di II Livello in Medicina/Terapie Estetiche del Viso

OPPURE

Aver frequentato Corsi Teorico-Pratici in Medicina Estetica organizzati da Società Scientifiche accreditate presso il Ministero della Salute

OPPURE

Aver coordinato Master di II Livello universitari o di Scuole di Formazione riconosciute, almeno biennali, in Medicina Estetica

OPPURE

Essere Docente o essere stato Docente in materie relative alla Medicina Estetica in Master di II Livello negli ultimi tre anni

\\Ced\albimod2\COMM.MEDICINA ESTETICA\Med Estetica ODO-2021.doc