Marca da bollo

Da Euro 16,00

**All’Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di VENEZIA – SEDE**

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………………………… nato/a a ……………………………………Il …………………………………., iscritto all’Albo dei Medici Chirurghi/ degli Odontoiatri al n……………………………….

**Sotto la propria responsabilità**, ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15, della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni

**ai sensi e per gli effetti dell’Accordo Stato-Regioni** del 7 febbraio 2013 e della Delibera del Consiglio Direttivo di questo Ordine n. 76 del 7 aprile 2015

**C H I E D E**

Di essere inserito/a nell’elenco tenuto dall’Ordine relativo alla Disciplina:

**🞏 OMEOPATIA 🞏 AGOPUNTURA 🞏 FITOTERAPIA**

Sottoelenco: ▯ OMEOPATIA

 ▯ OMOTOSSICOLOGIA

 ▯ ANTROPOSOFIA

essendo in possesso di almeno uno dei requisiti previsti dalle disposizioni transitorie di cui all’art. 10 dell’Accordo Stato-Regioni sopra citato, come da documentazione allegata:

🞏 Attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina oggetto della domanda di almeno 300 ore di insegnamento teorico-pratico e della durata almeno 3 anni con verifica finale;

🞏 Attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina oggetto della domanda di almeno 200 ore di insegnamento teorico-pratico ed almeno 15 anni di esperienza clinica documentata;

🞏 Attestazione di iter formativo costituito da corsi anche non omogenei (compresi i Master Universitari) che permettano, per il programma seguito e per il monte ore svolto, di aver acquisito una competenza almeno pari a quella ottenibile con i corsi di cui ai punti precedenti;

🞏 Documentazione di almeno 8 anni di docenza nella disciplina oggetto della presente domanda presso un soggetto pubblico o privato accreditato alla formazione.

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci** e **consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma per esteso e leggibile**

 **………………………………………………**

*Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presa integrale conoscenza del contenuto dell’informativa resagli ai sensi dell’art. 13 del* ***Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR),*** *dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento:*

1. *tenere ed aggiornare l'Albo dei Medici Chirurghi e l'Albo degli Odontoiatri;*
2. *vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine;*
3. *designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;*
4. *promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;*
5. *dare il proprio concorso alle Autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine;*
6. *esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari iscritti negli albi, salvo in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;*
7. *interporsi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse.*
8. *inviare comunicazioni o informative a carattere istituzionale a favore degli iscritti.*

Data ..………………… **Firma per esteso e leggibile**

 **……………………………………………….**

\*\*\* se la domanda non viene presentata personalmente dovrà essere allegata copia di valido documento di identità personale.

**SPAZIO RISERVATO ALL’ORDINE**

* Il/la dott./dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sottoscrive e consegna in data odierna domanda e documentazione di n. fogli: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

identificato/a mezzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* La domanda è pervenuta con lettera RACCOMANDATA AR con allegata copia di documento di identità personale.

L’ADDETTO AL RICEVIMENTO

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_