

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Livorno
Via Michon, 8
57126 - LIVORNO

Marca da
bollo
€ 16,00

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il
_____, residente a _____ in Via _____,

iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi /Odontoiatri al n. _____,

ai sensi e per gli effetti della Legge Regionale Toscana n. 9 del 19/02/2007 e dell'Accordo Stato-Regioni n° 54/CSR del 07/02/2013,

CHIEDE

di essere inserito/a nell'elenco tenuto dall'Ordine relativo alla disciplina di:

OMEOPATIA

Sottoelenco Omeopatia
 Omotossicologia
 Antroposofia

AGOPUNTURA

FITOTERAPIA

Essendo in possesso di almeno uno dei seguenti 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 così 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.

Livorno,

Firma.....

PRESENTAZIONE PERSONALE DELLA DOMANDA

Identificato/a con documento di riconoscimento

n.rilasciato da

in datascadenza....., e visto firmare

L'impiegato addetto

.....