

**MODULO DI ISCRIZIONE NEL REGISTRO DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI
DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI e DEGLI ODONTOIATRI DI PAVIA**

(Ai sensi e per gli effetti del T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

ALL'ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DI PAVIA

Via L. il Moro, 31
27100 PAVIA

Il sottoscritto

nato a..... il.....

iscritto all'Albo Medici /Odontoiatri di Pavia dal..... al n.....

residente a.....via.....

recapito telefonico.....

dichiara di praticare anche (od esclusivamente) il seguente indirizzo di medicina non convenzionale

- AGOPUNTURA
- OMEOPATIA e OMOTOSSICOLOGIA
- FITOTERAPIA CLINICA
- OSTEOPATIA e CHIROPRACTICA

dichiara di/che

- aver frequentato una scuola per un minimo di 350 ore di monte orario con formazione teorica e pratica e con superamento di un esame finale
- il responsabile didattico della scuola è un medico
- i docenti titolari/ordinari della formazione devono essere medici salvo casi particolari di apporto di ulteriori competenze in riferimento alla didattica (giurisprudenza, farmacia)
- la scuola ha un minimo di tre docenti titolari e comunque la componente medica è almeno di due terzi del corpo docente

dichiara di possedere i seguenti titoli aggiuntivi ai fini della definizione del curriculum

- certificazione di pratica clinica nella materia, effettuata in struttura pubblica e/o privata, da almeno due anni, rilasciata dal direttore sanitario o comunque dal responsabile sanitario della struttura;
- pubblicazioni nella specifica disciplina su libri, riviste mediche dotate di comitato scientifico o comunicazioni a convegni;
- effettuazione di attività didattiche non continuative sulla materia;
- partecipazione a corsi formativi quali master universitari, seminari, corsi intensivi nella materia;
- partecipazione a convegni sulla materia nei cinque anni precedenti la richiesta dell'attestazione.

Data.....

Firma.....