

## **MODULO DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI PSICOTERAPEUTI**

**Il modulo per l'istanza di riconoscimento dell'attività psicoterapeutica deve essere presentato in bollo da € 16,00 e debitamente firmato da :**

- 1. laureati in medicina e chirurgia in possesso del diploma di specializzazione universitaria in psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia clinica, psicologia del ciclo della vita e psicologia della salute**
- 2. laureati in medicina e chirurgia in possesso del diploma conseguito presso istituti privati riconosciuti idonei ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia con decreto del MIUR**

# ISTANZA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO DEGLI PSICOTERAPEUTI

Marca da bollo

AL CONSIGLIO DIRETTIVO  
DELL'ORDINE PROV.LE DEI  
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI  
ODONTOIATRI DI PAVIA

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ laureato in MEDICINA E  
CHIRURGIA il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_  
abilitato il (oppure nella sessione di) \_\_\_\_\_ presso l'Università di  
\_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

## CHIEDE

l'iscrizione nell'Elenco degli psicoterapeuti presso codesto Ordine.

A tale scopo dichiara inoltre, sotto la sua responsabilità, di :

- aver conseguito il diploma di specializzazione universitaria in psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia clinica, psicologia del ciclo della vita , psicologia della salute

\_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_

° aver conseguito il diploma presso l'istituto privato riconosciuto idoneo ad attivare corsi di specializzazione con decreto del MIUR ai sensi della L. 18.2.89 n.56

in data \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_

Indirizzo psicoterapeutico : \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_