

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.D. - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

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

Via Franchino Gaffurio 15
27100 PAVIA

II sottoscritto

nato ail.

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

residente avia

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 [male
- 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.
-

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali e autorizza l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e odontoiatri di Pavia, in qualità di Titolare, al trattamento dei dati personali riportati nel presente modulo, nel pieno rispetto di quanto indicato dall'informativa stessa, nonché degli obblighi di correttezza, libertà e trasparenza imposti dal predetto Regolamento.

Data_.....;

Firma •