

DOMANDA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI PSICOTERAPEUTI
(da compilare in stampatello)

AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI PORDENONE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
residente in _____ Prov. _____ CAP. _____
Via _____ Cod. Fisc. _____
Tel. _____ e-mail: _____,
laureato in **MEDICINA e CHIRURGIA** il _____ presso l'Università di _____,
abilitato nella sessione _____
presso l'Università di _____: _____, iscritto/a all'Ordine
di _____ in data _____ n. _____

CHIEDE

L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI PSICOTERAPEUTI (art. 3 legge n. 56/89, nota del MURST del 17/07/97 n. 2392 e Decreto del MURST n. 509 del 11/12/98).

Il/la sottoscritto/a consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

DICHIARA

- ▶ di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____
in data _____ presso l'Università di _____
con la votazione di _____.

oppure

- ▶ di aver conseguito il diploma in _____
in data _____ presso l'Istituto/Scuola _____
con la votazione di _____.

Pordenone,

FIRMA

.....

PARTE RISERVATA ALL'ORDINE, DA COMPILARE NEL CASO DI PRESENTAZIONE PERSONALE DELLA DOMANDA

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PORDENONE

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30
T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445, che il Dott. _____ identificato
a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Pordenone,

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....