

# All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di PORDENONE

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a  
.....

il ....., iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi/ degli Odontoiatri al  
n.....

ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e della Delibera del Consiglio Direttivo di quest'Ordine del 31 maggio 2017,

## **CHIEDE**

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

### **OMEOPATIA**

Sottoelenco:  OMEOPATIA  
 OMOTOSSICOLOGIA  
 ANTROPOSOFIA

### **AGOPUNTURA**

### **FITOTERAPIA**

essendo in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni di cui all'art. 4 comma 2 dell'Accordo Stato-Regioni sopra citato, come da documentazione allegata:

- a) Durata di almeno 400 ore di formazione teorica, cui si aggiungono 100 ore di pratica clinica, di cui almeno il 50% di tirocinio pratico supervisionato da un medico esperto della disciplina in oggetto. A tale monte ore orario vanno sommati lo studio individuale e la formazione guidata.
- b) Master universitari, ovvero corsi di formazione triennali;
- c) È fatto obbligo di frequenza minima all'80% delle lezioni sia teoriche che pratiche;
- d) Il percorso formativo accreditato prevede il superamento di un esame teorico-pratico al termine di ciascuno degli anni previsti, nonché la discussione finale di una tesi.
- e) Al termine del percorso formativo, verrà rilasciato dai soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione un attestato in conformità ai requisiti richiesti, che consentirà l'iscrizione del professionista agli elenchi degli esperti delle singole discipline.
- f) Gli insegnamenti di tipo generale, non riferiti specificamente alla disciplina in oggetto, non dovranno superare il 20% del monte ore complessivo di formazione teorica.
- g) La Formazione a distanza (FAD) eventualmente inserita nella programmazione didattica non dovrà superare il 30% delle ore di formazione teorica e dovrà essere realizzata in conformità alla normativa vigente.

Pordenone, \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_

**\*\*\* se la domanda non viene presentata personalmente dovrà essere allegata copia di valido documento di identità personale.**

### **SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE**

-----

Il/La Dott./Dott.ssa .....  
identificato/a a mezzo di .....  
sottoscrive e consegna in data odierna la domanda e la relativa documentazione allegata.

L'addetto al ricevimento  
.....