



**OMCeO**  
Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Benevento

**RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ DELLA FORMAZIONE E  
DELL'ESERCIZIO DELLE MEDICINE COMPLEMENTARI**  
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Benevento

Al Presidente  
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della provincia di BENEVENTO

Il/La sottoscritto/a .....

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

.

residente a .....

in

Via/viale/piazza.....n.....

tel ..... cell .....

E-mail .....@ .....

PEC.....@.....

MEDICO CHIRURGO

ODONTOIATRA

Laurea conseguita c/o l'Università di .....

Specializzazione/i in .....

Iscritto/a

all'Albo dei Medici Chirurghi di Benevento dal ..... al n. ....

all'Albo Odontoiatri di Benevento dal ..... al n.....



**OMCeO**  
Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Benevento

### CHIEDE

di essere inserito nell'elenco relativo alla disciplina di:

◇	<b>MEDICINA OMEOPATICA</b> <input type="checkbox"/> UNICISTA <input type="checkbox"/> PLURALISTA	◇	<b>MEDICINA ANTROPOSOFICA</b>
		◇	<b>MEDICINA AYURVEDICA</b>
◇	<b>AGOPUNTURA</b>	◇	<b>MEDICINA TRADIZIONALE CINESE</b>
◇	<b>FITOTERAPIA</b>	◇	<b>OMOTOSSICOLOGIA</b>

Ai sensi e per gli effetti del T. U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità,

#### DICHIARA IL SEGUENTE CURRICULUM PROFESSIONALE SPECIFICO:

Corsi formativi primari (specificare n. di ore e anni):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Attività professionale specifica presso medico esperto in mnc o presso strutture pubbliche:



**OMCeO**

Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Benevento

.....

.....

.....

.....

.....

Attività di docenza:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pubblicazioni: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Allega la relativa documentazione:

- .....

- .....



**OMCeO**

Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Benevento

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dichiara di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i propri dati personali, ai sensi della legge 196/2003.

Data .....

FIRMA

**CONSENSO RELATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/La sottoscritto/a

.....  
Ai sensi ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016.

**ESPRIME IL SUO CONSENSO E AUTORIZZA**

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri al trattamento dei suoi dati personali da parte uffici preposti, ivi compresa la pubblicazione sull'Albo e sul sito Internet dell'Ordine di altri dati non obbligatori.

FIRMA

.....

**AVVERTENZA:**

- Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.
- L'istanza se presentata direttamente dall'interessato deve essere sottoscritta in presenza dell'impiegato addetto alla ricezione, in caso contrario alla stessa va allegata copia di documento di identità (art. 38 co. 3 T.U. DPR 445/2000)