

**ISTANZA DI RICONOSCIMENTO DELL'ATTIVITA'
PSICOTERAPEUTICA**

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

Io Sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ (prov _____) il _____

Residente a _____ Via _____

CAP _____ Tel. _____ mail _____

Laureato/a in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università
di _____

Abilitato (oppure nella sessione di) _____ iscritto all'Ordine

In data _____ al n. _____

CHIEDE

Il riconoscimento dell'attività psicoterapeutica ai sensi dell'art. 35 della legge 56/89, come modificato dall'art. 1 comma 2 e 3 della legge n. 4 del 14/01/1999.

Il sottoscritto dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di aver acquisito una specifica formazione professionale in psicoterapia e di averla esercitata in modo preminente e continuativo.

A tal fine allega:

- Curriculum formativo con indicazione delle sedi, tempi e durata della formazione;
- Curricula scientifico professionale;
- Documentazione della continuità e preminenza dello svolgimento dell'attività psicoterapeutica

DATA _____

Firma _____