



Spettabile
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di NOVARA

**OGGETTO Domanda di iscrizione
Registro Medicine Non Convenzionali**

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____,
residente a _____ in Via _____,
iscritto all'Albo _____ al n. _____,

C H I E D E

Visti l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente i criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'Agopuntura, della Fitoterapia, della Omeopatia, da parte dei Medici Chirurghi, degli Odontoiatri, dei Medici Veterinari e dei Farmacisti, stipulato in data 07 febbraio 2013 (rep. Atti n. 54/csr) dei successivi Chiarimenti del Ministero della Salute sul suddetto accordo emessi il 24 luglio 2014 e della Comunicazione n°. 88 del 22/10/2014 e Comunicazione n°. 9 del 21/01/2015 del Presidente della FNOMCeO"

l'iscrizione al registro delle Medicine non convenzionali dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Novara per l'esercizio di (barrare la voce che interessa):

AGOPUNTURA

FITOTERAPIA

OMEOPATIA

OMOTOSSICOLOGIA

ANTROPOSOFIA

A tal fine allega la seguente documentazione conforme a quanto disposto dal regolamento sulle Medicine Non Convenzionali deliberato dallo scrivente Ordine in data 20.10.2015 :

Novara, _____

Firma

**AVVERTENZA: IL/LA DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI
AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON
VERITIERE.**

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI
NOVARA

Il/la sottoscritt_ _____ ,
incaricato/a al recepimento della domanda, ATTESTA, ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28
dicembre 2000 n. 445, che il Dott. _____
identificat_ a mezzo _____ n. _____
rilasciat_ il _____ da _____ con scadenza il
_____, ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

Timbro e firma dell'incaricato/a che riceve
l'istanza.

Data _____