

M. B.

Spettabile
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di NOVARA

OGGETTO: Istanza di riconoscimento dall'attività PSICOTERAPEUTICA.

Il/La sottoscritt _____

Ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA di essere nat _____ a _____ prov. _____ il _____;
di essere residente a _____ prov. _____ CAP _____;
in via _____ n° _____ Tel. _____;
codice fiscale _____;

in possesso del **diploma di specializzazione** in _____;

conseguito presso l'Università degli Studi di _____ nel _____;

iscritt_ all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di Novara dal ____/____/____ al n° _____;

CHIEDE il riconoscimento allo svolgimento dell'attività psicoterapeutica ai sensi della Legge 56/89 e della successiva Legge n. 4/99.

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

A tal fine si allega:

- curriculum formativo con indicazioni delle sedi, tempi e durata della formazione;
- curriculum scientifico e professionale;
- documentazione della continuità e preminenza dello svolgimento dell'attività
psicoterapeutica.

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 ricevimento della domanda,

ATTESTA, ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, che il/la Dott. _____

_____ indentificat_ a mezzo _____ n. _____

rilasciat_ il _____ da _____ scadenza _____, ha sottoscritto

l'istanza in sua presenza.

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

Data _____