

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 \_\_\_\_\_