

**All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di TRIESTE –  
SEDE**

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a .....

Il ....., iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi/ degli Odontoiatri al n.....

ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Stato-Regioni n. 54/CSR del 7 febbraio 2013

**CHIEDE**

Di essere inserito/a nell'elenco tenuto dall'Ordine relativo alla Disciplina:

**OMEOPATIA**

Sottoelenco:  OMEOPATIA  
 OMOTOSSICOLOGIA  
 ANTROPOSOFIA

**AGOPUNTURA**

**FITOTERAPIA**

essendo in possesso dei requisiti di cui all'art. 4 dell'Accordo Stato – Regioni sopra citato, come da documentazione allegata:

Attestato rilasciato da un istituto formativo pubblico o privato accreditato al termine di un percorso formativo di almeno 3 anni con svolgimento di almeno 400 ore di formazione teorica, cui si aggiungono 100 ore di pratica clinica con superamento di un esame teorico –pratico al termine di ciascun anno di corso e discussione finale di tesi;

Attestato di conseguimento di Master Universitari che soddisfino i requisiti di durata oraria di cui al punto precedente;

Trieste, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE**

Il/la sottoscritto/a ....., incaricato/a, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che  
il/la dott./dott.ssa ....., identificato/a a  
mezzo..... ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data: \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

\_\_\_\_\_