Marca da bollo

16,00

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

**REGISTRO MEDICINE NON CONVENZIONALI**

All’Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di  **COMO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto all’Albo:

* Medici Chirurghi al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Odontoiatri al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L’iscrizione nel Registro Medicine non Convenzionali per:

□ **OMEOPATIA** □ **AGOPUNTURA** □ **FITOTERAPIA**

Sottoelenco

* Omeopatia
* Omotossicologia
* Antroposofia

All’uopo dichiara sotto la propria responsabilità di aver acquisito competenza nella disciplina con formazione mediante frequenza del corso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o docenza presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come da attestato allegato alla presente.

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO ALL’ORDINE

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto ……………………………………………………… incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR n. 445/2000 che il Dott./ssa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificato a mezzo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ha

sottoscritto in Sua presenza l’istanza.

Data Timbro e firma dell’incaricato

che riceve l’istanza

**INFORMATIVA AI SENSI dell’art. 13 D.Lgs. 196/2003**

**(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Ai sensi dell’art. 13 D.Lgs 196/2003, si informa che i dati personali forniti dall’interessato a questo ordine professionale, ovvero altrimenti acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, formano oggetto di trattamento automatizzato o manuale nei limiti previsti dall’art. 4, comma 1, lett. a) della normativa citata, attraverso strumenti ed accorgimenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati personali dei propri iscritti sono utilizzati da questo Ordine per il raggiungimento dei fini istituzionali previsti dal DLCPS 13.09.1946 n. 233, dal relativo regolamento di attuazione approvato con DPR 05.04.1950 n. 211 e della ulteriore normativa vigente.

i dati personali relativi agli iscritti all’Ordine non saranno trattati a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato.

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DI QUANTO SOPRA RIPORTATO E DI DARE IL PROPRIO ASSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COSI’ COME INDICATO**

Data ………………………………………….. Firma ………………………………………………….