

Al Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna

Il sottoscritto Dott. nato a
il Residente a via
tel. Cod.Fisc.
Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di
il giorno ed abilitato all'esercizio professionale presso l'Università
di nella. sess. anno
Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi di questa provincia al numero
dal

DICHIARA

di essere in possesso del diploma conseguito presso: Istituti o Scuole private riconosciuti idonei ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'art.17 comma 96 L.15/5/97 n.127 riconosciuti con D.M. n 509/98 (che si allega)

_____ con sede in _____ acquisito in data _____

CHIEDE

ai sensi del DM n.509/98 di fregiarsi del titolo di ***“specialista in psicoterapia”***
e l'inserimento del titolo nell'Albo Professionale ai sensi dell'art.3 del DPR. 221/50

Distinti saluti.

Data Firma(*)

(*) la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt.. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

L' identità personale è stata accertata a mezzo _____ n.
_____ rilasciato il _____ da _____

Data _____ - Firma del legalizzante _____
(qualifica professionale C1 / B 2)