

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SAVONA

Modulo da compilare per la richiesta di iscrizione al Registro Provinciale dei Medici
esercitanti una delle Medicine non Convenzionali considerate Atto Medico

Premessa:

la domanda di iscrizione al registro delle Medicine non Convenzionali dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri richiede un percorso formativo professionale specifico certificato secondo i titoli e l'esperienza posseduti. **Le dichiarazioni che riporterai sul modulo hanno valore di autocertificazione e ricadono sotto la tua responsabilità professionale** . L'iscrizione al Registro si ottiene per titoli che sono valutati dalla Commissione per le Medicine Non Convenzionali dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri e viene deliberata dal Consiglio Direttivo dell'Ordine.

E' obbligatoria la compilazione del modulo in ogni sua parte: non e' sufficiente inviare un curriculum vitae.

Medicina o Pratica non Convenzionale per la/le quale/li si richiede l'iscrizione al registro :
Agopuntura; Fitoterapia; Medicina Ayurvedica; Medicina Antroposofica; Medicina Omeopatica; Medicina Tradizionale Cinese; Omotossicologia; Osteopatia . specificare

Informazioni anagrafiche: nome, cognome, codice fiscale, numero di iscrizione all'Ordine, telefono (anche cellulare) e-mail.

Informazioni Professionali: laurea, anno laurea, data diploma nella Disciplina Non Convenzionale (mese e anno)

NB Il seguente modulo è un fac - simile di domanda e dovrà essere ricopiato avendo cura di inserire tutti i dati richiesti.

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA
DI SAVONA**

**MODULO PER RICHIESTA ISCRIZIONE AL REGISTRO PROVINCIALE DEI MEDICI
ESPERTI IN UNA DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI CONSIDERATE ATTO
MEDICO**

Medicina o pratica per la quale si richiede l'iscrizione al registro _____

Al Signor Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Savona

Il sottoscritto nome, cognome, nato a _____, il _____, codice fiscale _____, numero di iscrizione all'Ordine, telefono (anche cellulare) e- mail, sotto la propria responsabilità, anche ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m. dichiara quanto segue:

laurea, anno laurea, data diploma nella Disciplina Non Convenzionale (mese e anno) chiede di essere iscritto nel registro delle MNC per la disciplina _____ (e per _____)

Precisa inoltre i propri requisiti di :

1) FORMAZIONE

a) corso/i di formazione di base – scuola/e _____
monte ore totali del corso _____
punti (1 ora = 1 punto) _____
anno di inizio e fine _____ durata in anni _____
esame finale si () o no () barrare.

a2) corso/i di formazione di base – scuola/e _____
monte ore totali del corso _____
punti (1 ora = 1 punto) _____
anno di inizio e fine _____ durata in anni _____
esame finale si () o no () barrare.

b) corsi di perfezionamento frequentati:

anno	accademico	_____	scuola	_____
monte ore totale		_____	punti	_____
anno	accademico	_____	scuola	_____
monte ore totale		_____	punti	_____
anno	accademico	_____	scuola	_____
monte ore totale		_____	punti	_____

c) seminari e workshops:

anno	_____	mese	_____	titolo	_____
relatore	_____	numero giornate	_____	numero mezze giornate	_____
punti		_____			

anno _____ mese _____ titolo _____
relatore _____ numero giornate _____ numero mezze giornate _____
punti _____

anno _____ mese _____ titolo _____
relatore _____ numero giornate _____ numero mezze giornate _____
punti _____

TOTALE PUNTI FORMAZIONE _____

(almeno 200 punti per corsi terminati entro il 2003; almeno 350 punti dal 2004) .

2) PARTECIPAZIONE A CONGRESSI

Anno	mese	titolo	n. giornate	n. mezze giornate	punti
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Totale punti _____

3) PRATICA CLINICA :

Data di inizio pratica clinica post diploma _____

Numero anni di PCP	Punti	numero anni PCnP	Punti
Pratica Clinica	_____	Pratica Clinica	_____
Prevalente	_____	Non Prevalente	_____

PUNTI TOTALI DERIVANTI DALLA CLINICA _____

(non meno di 200 punti se corso formativo < 600 ore; almeno 100 punti se > 100 ore)

PUNTEGGIO TOTALE _____

(deve essere almeno 600 punti)

il sottoscritto dottor / dottoressa _____ dichiara che i dati forniti sono veritieri ed espressi quale autocertificazione, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 75 e 76 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità.

Data e luogo

Firma per esteso

In caso di domanda inviata per via telematica , la stessa va poi formalizzata spedendo il modulo per posta prioritaria al presidente dell'Ordine (per la firma sull'autocertificazione)

Al Signor Presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Savona

Il sottoscritto **dottor** _____, nato a _____,
c.f. _____, iscritto all'OdM di Sv al n. _____, sotto la propria
responsabilità, anche ai sensi degli **art. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.** dichiara che le **fotocopie dei
documenti allegati** alla richiesta di iscrizione al Registro dei Medici Praticanti una delle Medicine o Pratiche
non Convenzionali - che si riportano in elenco –sono **conformi agli originali**.

Elenco documenti:

a) Corso Triennale di _____ Diploma n. ____
conseguito a _____ il _____ della durata di _____ **ore**
dal _____ al _____, dopo superamento del relativo esame finale.

b) corsi di aggiornamento/perfezionamento - seminari e workshops:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

Il sottoscritto dottor _____ dichiara che i dati forniti
sono veritieri ed espressi quale autocertificazione, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni
penali previste dall'art. 75 e 76 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o
esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità.

Data

In fede

ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA

ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SAVONA **MODULO PER RICHIESTA ISCRIZIONE AL REGISTRO PROVINCIALE DEI MEDICI ESPERTI IN** **UNA DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI CONSIDERATE ATTO MEDICO**

Medicina o pratica per la quale si richiede l'iscrizione al registro: _____

Al Signor Presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Savona

Il sottoscritto dottor _____, nato a _____ il _____, c.f. _____, iscritto all'OdM di Sv al n. _____, tel. 01 _____ – cell. _____, e-mail: _____, sotto la propria responsabilità, anche ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m. dichiara quanto segue:

-di essersi laureato in Medicina e Chirurgia nel _____ presso l'Università di _____

-di aver conseguito il diploma in _____ presso la scuola _____

chiede di essere iscritto al Registro delle MNC per la sezione di _____

Precisa inoltre i propri requisiti di:

FORMAZIONE: a) Corso _____ della durata di -- ore (x ore / anno) dal -- al --, dopo superamento del relativo esame finale. **Punteggio:** x ore x 1 punto/ora = **x punti**

b) corsi di aggiornamento/perfezionamento- seminari e workshops:

1) _____ (1 giornata = 8 punti)

2) _____ **es** : (7 mezze giornate x4 punti = 28 punti)

3) _____

4) _____

5) _____

Punteggio Formazione: **es**: punti 180 + 8+28+24+16+20= **276 punti (> 200) derivati dalla formazione**

PRATICA CLINICA: **ad es**: iniziata a luglio 1998 = 8 anni e 7 mesi di Pratica Clinica **Non Prevalente** (50 punti / anno x 8,5 anni) = **425 punti derivanti dalla Clinica**

Ad es : PUNTEGGIO TOTALE: 276 + 425 PUNTI = **701 PUNTI (> 600)**

Il sottoscritto dottor _____ dichiara che i dati forniti sono veritieri ed espressi quale autocertificazione, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 75 e 76 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità.

Savona 01/02/2007

in fede
