

data .....

Prot.n. ....

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI  
MESSINA

Il/La sottoscritto/a .....

CHIEDE

ai sensi dell'art.3 della legge n.56/1989, il riconoscimento dei titoli per l'esercizio dell'attività psicoterapeutica con conseguente inserimento nell'apposito elenco esistente presso l'Albo professionale di quest'Ordine.

Il/La sottoscritto/a , sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

di essere nato/a a .....

prov. .... il ..... ; codice fiscale .....

di essere residente a .....

prov. .... CAP ..... in via .....

[recapiti tel./ e-mail: .....]

indirizzo per la corrispondenza (compilare se dimora diversa dalla residenza):

.....  
.....

di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il .....

presso l'Università degli Studi di ..... con voto ..... / .....

di avere conseguito il diploma di specializzazione in .....

presso l'Università degli Studi di .....

in data ..... con voto ..... / .....

che nel corso degli studi per il conseguimento del predetto diploma di specializzazione è stato previsto, mediante lezioni teorico-pratiche, un adeguato numero di ore di formazione in psicoterapia;

marca da bollo  
€ 14,62

di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n.445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art.75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

.....  
data ..... firma .....

**SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI**

Il sottoscritto .....

attesta, ai sensi dell'art.30 T.U. DPR 28.12.2000 n.445, che il

Dott. ....

ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

.....  
data ..... firma dell'incaricato che riceve l'istanza .....

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MESSINA**

Via Bergamo Is.47/A 98124 Messina  
Tel. 090-691089 Fax 090-694555  
[www.omceo.me.it](http://www.omceo.me.it) [info@omceo.me.it](mailto:info@omceo.me.it)



**INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO**

❖ COMPILARE IN STAMPATELLO

**AVVERTENZE**

- ❖ IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE (ART. 75 T.U. -DPR 445/2000)
- ❖ L'ISTANZA, SE PRESENTATA DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO DEVE ESSERE SOTTOSCRITTA IN PRESENZA DEL FUNZIONARIO ADDETTO ALLA RICEZIONE, IN CASO CONTRARIO ALLA STESSA VA ALLEGATA FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' (ART. 38 CO 3° T.U.-DPR 445/2000)