

ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI MACERATA

DOMANDA DI ISCRIZIONE NEL REGISTRO DEI MEDICI-CHIRURGHI/ODONTOIATRI PRATICANTI LE MEDICINE NON CONVENZIONALI

Il/la sottoscritto/a: _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
tel _____ cell _____ E-mail _____
iscritto all'Albo _____ al n° _____

chiede

di essere iscritto nel Registro dei Praticanti le **MEDICINE NON CONVENZIONALI** istituito presso l'ORDINE dei **MEDICI CHIRURGHI** e degli **ODONTOIATRI** della provincia di **MACERATA** per le seguenti discipline (massimo 2 discipline):

- **AGOPUNTURA (Medico Chirurgo) AGOPUNTURA (Odontoiatra)**
- **FITOTERAPIA (Medico Chirurgo) FITOTERAPIA (Odontoiatra)**
- **OMEOPATIA (Medico Chirurgo) OMEOPATIA (Odontoiatra)**
- **OMOTOSSICOLOGIA (Medico Chirurgo) OMOTOSSICOLOGIA (Odontoiatra)**
- **MED. ANTROPOSOFICA (Medico Chirurgo) MED. ANTROPOSOFICA (Odontoiatra)**
- **MED. AYURVEDICA (Medico Chirurgo) MED. AYURVEDICA (Odontoiatra)**
- **MED. TRAD. CINESE (Medico Chirurgo) MED. TRAD. CINESE (Odontoiatra)**
- **OSTEOPATIA (Medico Chirurgo) OSTEOPATIA (Odontoiatra)**
- **CHIROPRACTICA (Medico Chirurgo) CHIROPRACTICA (Odontoiatra)**

I Corsi di Formazione dovranno essere di almeno 600 ore (400 ore di Formazione Teorica, 100 ore di pratica clinica e 100 ore di Formazione Guidata).

Si prega di allegare valida documentazione.

Macerata, li

FIRMA