

(Bollo € 16,00)

Domanda d’Inserimento ALBO PROVINCIALE MEDICI PSICOTERAPEUTI

Spett.le
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DI MACERATA

Il/La sottoscritto/a Dott. _____
Nato/a a _____ il _____,
iscritto/a all’Albo dei Medici Chirurghi dal _____ al n. _____;

CHIEDE

l’inserimento nell’elenco degli Psicoterapeuti ai sensi della L. 56 del 18/02/1989 e successive modifiche.

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni sotto la propria responsabilità ai sensi art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000.

DICHIARA

di aver conseguito il titolo di specializzazione in:

PSICHIATRIA presso l’Università degli Studi di _____

in data _____ con votazione _____;

Macerata, li

Firma
