

Marca Bollo € 16,00

DOMANDA di ISCRIZIONE
negli **ELENCHI di PROFESSIONISTI ESERCENTI le MEDICINE non CONVENZIONALI**
e **AUTOCERTIFICAZIONI** rese ai sensi degli **ARTT. 46 E 47 D.P.R. 445/2000** presentata
presso l'**ORDINE dei MEDICI CHIRURGHI e degli ODONTOIATRI di SONDRIO**

**FASE TRANSITORIA AI SENSI DELL'ART. 10
DELL'ACCORDO STATO REGIONI Rep. Att. 54/CSR del 7
febbraio 2013**
➔ SCADENZA 6 FEBBRAIO 2016

- Il/la sottoscritto/a _____
- nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- C.F. _____ città di residenza _____ prov _____;
- via _____ N _____, Tel. _____;
- e-mail _____ PEC _____;
- iscritto presso questo Ordine all'Albo: **MEDICI CHIRURGHI** al N.° _____
 ODONTOIATRI al N° _____

CHIEDE

l'iscrizione negli elenchi dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri esercenti le Medicine non Convenzionali tenuti da codesto Ordine ai sensi dell'Accordo Stato/Regioni Rep. Atti n. 54/CSR del 7 febbraio 2013 e segg. nella/e disciplina/e:

- AGOPUNTURA**
 FITOTERAPIA
 OMEOPATIA, nel sottoelenco:
 Omeopatia
 Omotossicologia
 Antroposofia

il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

ai sensi dell'art. 10 comma 3 dell'Accordo Stato Regioni n. 54/CSR del 7 febbraio 2013, di essere in possesso de seguenti requisiti ed allega:

- **A) Attestato** rilasciato al termine di un corso nella disciplina/e su indicata/e, di almeno 300 ore di insegnamento teorico/pratico, della durata almeno triennale e verifica finale:

Data o periodo di conseguimento: _____;
Soggetto (Ente, Istituto, Associazione, Scuola ecc ...) che ha rilasciato l'attestato: _____;

Luogo del conseguimento o del rilascio del titolo: _____.

B) **Attestato** rilasciato al termine di un corso nella disciplina/e su indicata/e, di almeno 200 ore di insegnamento teorico/pratico, ed almeno 15 anni di esperienza clinica documentata:

Data o periodo di conseguimento: _____;

Soggetto (Ente, Istituto, Associazione, Scuola ecc ...) che ha rilasciato l'attestato:

_____;

Luogo del conseguimento o del rilascio del titolo: _____;

Esperienza clinica nella disciplina o discipline indicate di 15 anni documentata da:

_____;

C) **Attestazioni** di iter formativi costituiti da corsi non omogenei che permettano, per il programma seguito e per il monte ore svolto, di aver acquisito una competenza almeno pari a quella ottenibile con i corsi di cui ai punti precedenti A e B di seguito elencati;

• D) **Documentazione** di almeno otto anni di docenza nella disciplina suindicata presso soggetti (Ente, Istituto, Associazione, Scuola ecc ...) pubblici o privati accreditati alla formazione che, a giudizio della Commissione MNC possega i requisiti idonei:

E) **Ulteriori percorsi formativi** e formazioni acquisite ad integrazione dei punti A) B) C) D) che saranno valutati dalla Commissione ordinistica MNC:

1) _____;

2) _____;

3) _____;

4) _____;

5) _____;

6) _____;

7) _____;

8) _____;

9) _____;

10) _____;

Di allegare n. _____ copie in carta semplice di diplomi, master, attestati, documenti e altri atti o materiali necessari ai fini dell'istruttoria di iscrizione, conformi agli originali in mio possesso;

• Dichiaro altresì di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 196/2003) qui di seguito elencate:

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI D.L.GS 196/2003

(Tutela delle persone e altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali)

Ai sensi del D.L.GS 196/2003, si informa che i dati personali forniti dall'interessato a questo Ordine professionale, ovvero altrimenti acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, formano oggetto di trattamento automatizzato o manuale nei limiti previsti dall'art. 4 comma 1 lettera A della citata legge, attraverso strumenti e accorgimenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati personali dei propri iscritti sono utilizzati da questo Ordine per il raggiungimento dei fini istituzionali previsti dal DLCPS 13/9/1946 n. 233, dal relativo regolamento di attuazione approvato con DPR 5/4/1950 n. 221 e dalla ulteriore normativa vigente e, nel caso specifico, ai fini dell'iscrizione negli elenchi di cui all'Accordo Stato Regioni n. 54/CST del 7 febbraio 2013

L'acquisizione, da parte dell'Ordine, dei seguenti dati personali ha carattere obbligatorio in quanto indispensabile per il raggiungimento delle suddette finalità. Tale acquisizione potrà avvenire direttamente presso l'interessato, ovvero presso le autorità depositarie, a norma delle leggi sulla semplificazione amministrativa. L'impossibilità di acquisire i seguenti dati impedirà l'iscrizione o il mantenimento dell'iscrizione all'Albo o dell'elenco speciale:

1. cognome e nome
2. luogo e data di nascita
3. residenza o domicilio
4. eventuale/i diploma/i di specializzazione, attestati di formazione, master o titolo/i di docenza
5. eventuale impiego a presso amministrazioni pubbliche o private

E' in facoltà dell'interessato conferire il numero di telefono, di fax o l'indirizzo di posta elettronica, altri indirizzi relativi allo studio o per la corrispondenza ed ulteriori dati comunque pertinenti e non eccedenti in relazione all'attività professionale. Fornendo i dati l'interessato potrà iscriversi al sito WEB dell'Ordine www.ordinemedicisondrio.it, per poter accedere all'area riservata agli iscritti e riceverà le comunicazioni e le circolari presso il proprio indirizzo di posta elettronica. In ogni caso tali dati non saranno comunicati o diffusi a terzi senza il consenso. La PEC è obbligatoria.

Inoltre l'Ordine potrà provvedere all'acquisizione di altri e ulteriori dati, rispetto a quelli sopra enumerati, presso gli organismi, enti o autorità deputati a conservarli, allorché siano indispensabili per il conseguimento dei fini istituzionali. I dati relativi agli iscritti di cui ai precedenti punti 1, 2, 3, 4, 5, saranno oggetto di pubblicazione sull'Albo e, pertanto, potranno essere comunicati o diffusi ai soggetti ai quali la normativa vigente consente di accedere.

In ogni caso i dati personali relativi agli iscritti all'Ordine non saranno trattati a fini di informazione commerciale o di invio di materiale meramente pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato.

IMPORTANTE: Ai sensi dell'art. 61 comma 4 del decreto, **solo su esplicita richiesta dell'iscritto o firmando per accettazione la presente informativa, l'ordine può altresì fornire a terzi notizie o informazioni relative, in particolare, a speciali qualificazioni professionali non menzionate nell'albo, ovvero alla disponibilità ad assumere incarichi o a ricevere materiale informativo a carattere scientifico inerente anche a corsi, convegni e seminari.**

Per accettazione: Firma _____

DATA, _____ FIRMA _____

Riservato all'ufficio:

IDENTIFICATO CON DOCUMENTO N. _____
RILASCIATO DA _____ E VISTO FIRMARE.
DATA _____
FIRMA E TIMBRO _____

RICEVUTO PER POSTA E/O PER IL TRAMITE DI TERZA PERSONA SIG. _____
(ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA')
FIRMA E TIMBRO
DATA _____