

**DOMANDA DI ISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEGLI PSICOTERAPEUTI DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VIBO VALENTIA
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

Bollo
da
€ 16,00

**III.mo Sig. Presidente dell'Ordine
Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Vibo Valentia**

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____
il _____ cittadino/a _____ residente a _____
Via _____ CAP _____ telefono _____
Cellulare _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____ laureato/a in Medicina e Chirurgia presso
l'Università di _____ il _____ con voti _____
Esame di Stato superato presso l'Università di _____ con voti _____
nella sessione _____

(indicare sessione o mese e anno)

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti della Legge 4 gennaio 68 n. 15 e della Legge 15 maggio 1997 n° 127 e successive modifiche ed integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 Legge 4 gennaio 1968 n. 15):

di aver conseguito la Specializzazione in _____

presso l'Università' di _____

in data _____ con la seguente votazione _____

C H I E D E

l'iscrizione all'Elenco degli Psicoterapeuti ai sensi dell'art. 3 Legge 18/2/89 n. 56

Allega la seguente documentazione:

certificato originale o copia autenticata rilasciato dall'Università/Scuola/Istituto:

_____ (precisare tipo e nome)

in data _____

Dichiaro di essere stato informato sulla modalità e finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003 n. 196 e dal GDPR(UE) 679/2016

Vibo Valentia, li _____

Firma _____