

Richiedente

Marca da bollo
pari ad

€uro 16,00

(dovuta come indicato nella
tabelle A del D.P.R. 642/1972)

Spett.le
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
della Provincia di Bolzano
Via Alessandro Volta, 3

I-39100 BOLZANO (BZ)

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALBO PSICOTERAPEUTI – legittimazione all’esercizio dell’attività di psicoterapia

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____,
nato/a il _____ a _____, laureato/a in
_____ presso l’Università di
_____ il _____, iscritto/a regolarmente all’Albo dei
Medici Chirurghi della Provincia di Bolzano al numero _____ dal _____

C H I E D E

l’iscrizione nell’elenco degli psicoterapeuti per l’esercizio dell’attività di psicoterapia ai sensi dell’art. 3 della Legge n. 56 del 18/02/1989 e l’annotazione quale specialista in Psicoterapia – art. 2, comma 3 della Legge n. 401 del 29/12/2000

avendo conseguito in data _____ l’attestato di formazione **quadriennale** in Psicoterapia, presso _____, riconosciuto con D.M. _____ del _____ con sede in _____

avendo conseguito il **titolo di specializzazione** in _____ presso la Facoltà di _____ dell’Università di _____ in data _____ con voto _____

avendo conseguito il titolo di specializzazione all'estero in _____
presso l'Ordine di _____ in data _____, titolo di
specializzazione riconosciuto con Decreto da parte del Ministero della Salute di Roma in data

Allegati:

- attestato di formazione e/o diploma di specializzazione
- decreto di riconoscimento rilasciato dal Ministero della Salute di Roma

(data)

(firma)

Indicare l'indirizzo che sarà pubblicato nell'elenco:

Si precisa che l'elenco dei Psicoterapeuti viene pubblicato sulla Homepage ed é accessibile a
tutti i cittadini e/o pazienti:

Indirizzo dell'ambulatorio _____

Telefono _____

Indirizzo E-Mail _____

Indirizzo PEC (obbligatorio) _____

(Data)

(Firma)

*Le specializzazioni in Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile sono valide ai fini dell'esercizio
dell'attività di Psicoterapia.*