

**ERSATZERKLÄRUNG DER TITEL UND DER
SPEZIFISCHEN KOMPETENZEN**

**AN DIE ÄRZTE- UND ZAHNÄRZTEKAMMER DER
AUTONOMEN PROVINZ BOZEN**

Der/Die Unterfertigte Dr./in _____

eingetragen im Berufsverzeichnis der Ärzte und Zahnärzte dieser Provinz mit Nr. _____ seit _____

ERKLÄRT

unter eigener Verantwortung, in Kenntnis der Bestimmungen bei unwahren Angaben laut der Artikel 46, 47 und 76 D.P.R. 445 vom 28.12.2000

1. Abschnitt

- Das Diplom für die Psychotherapie Ausbildung an der _____ mit Ministerialdekret anerkannt _____ mit Sitz in _____ erlangt zu haben.
- Die Voraussetzungen für die Ausübung der Tätigkeit als Arbeitsmediziner erlangt zu haben

2. Abschnitt

- Das Facharzt Diplom zum Facharzt für _____ an der Universität/Ärzttekammer/Zahnärztekammer _____ am _____ mit Note _____ erlangt zu haben
- Das Forschungsdoktorat in _____ an der Universität von _____ am _____ erlangt zu haben
- Den Master in _____ an der Universität von _____ am _____ erlangt zu haben
- Das Diplom über die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin an der _____ am _____ erlangt zu haben

- Die Habilitierung in _____
an der Universität von _____ am _____
erlangt zu haben
- Das Aufbaustudium in _____
an der Universität von _____ am _____
absolviert zu haben
- Die Voraussetzungen zur Führung des Titels als Professor in _____
zu besitzen
- Andere Titel _____

Der/die Unterfertigte erklärt, über die Zwecke und Modalitäten der Verarbeitung der personenbezogenen Daten im Sinne des Gesetzes 675/96 informiert worden zu sein.

Datum _____

Unterschrift _____

Die Ärztekammer verpflichtet sich die in der gegenständlichen Erklärung angeführten Daten, i. S. des L.Lgs 196/2003, zu behandeln.

Adresse anführen, die im Verzeichnis veröffentlicht werden soll:

Wir weisen darauf hin, dass auf der Homepage der Ärzte- und Zahnärztekammer www.aerztekammer.bz.it unter der Rubrik „Berufsverzeichnis“, folgende Daten in den Sonderverzeichnissen der Ärzte veröffentlicht werden und folglich für alle Bürger bzw. Patienten zugänglich sind:

Adresse der Praxis _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

PEC E-Mail-Adresse (verpflichtend) _____

Datum _____

Unterschrift _____