

**AL PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEI MEDICI- CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SIENA
Piazza Fabio Bargagli Petrucci 18
53100 SIENA**

Il sottoscritto Dott.
nato a il
residente in Via
iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri di Siena in data..... al n.

CHIEDE

l'iscrizione nel Registro dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri praticanti le medicine non convenzionali, relativamente alla pratica della seguente disciplina:

- AGOPUNTURA;
- FITOTERAPIA;
- OMEOPATIA.

Il sottoscritto allega tutta la documentazione comprovante il possesso dei requisiti minimi richiesti per l'iscrizione nel suddetto Registro, in base a quanto previsto dal Protocollo di Intesa tra Regione Toscana e Federazione Regionale Medici Chirurghi e Odontoiatri della Toscana ex Legge Regionale n. 9 del 19.02.2007 approvato dalla Regione Toscana con Delibera n. 49 del 28.01.2008.
Siena,

FIRMA

Si allega.

- a)
- b)
- c)
- d)