

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI SIENA**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE "ELENCO PSICOTERAPEUTI"**

**Marca da bollo  
€ 16,00**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa .....

**CHIEDE**

**l'iscrizione nell' Elenco degli psicoterapeuti ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 56/89.**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del DPR 445 del 28 dicembre 2000 consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi

**DICHIARA**

– di essere nato/a .....(.....)

In data...../...../....., di risiedere in .....  
.....(.....), Via/Piazza.....n°.....

– iscritto/a all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di SIENA al n. ....

– di essere in possesso del diploma di specializzazione in

.....  
conseguito in data ...../...../..... con votazione.....presso l'università  
di.....

oppure

– di essere in possesso del diploma di.....  
conseguito presso l'Istituto privato.....  
riconosciuto idoneo ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'art. 17 comma 96  
L.15/05/97 n° 127 – DM. 509/98,

in data...../...../.....votazione.....

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**N.B. - IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.**

**ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ'**