

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

Marca da bollo
da €16,00

Il sottoscritto Dott.
nato ail
residente invia
iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi / degli Odontoiatri di Siena in data al n.

CHIEDE

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

- AGOPUNTURA;
- FITOTERAPIA;
- OMEOPATIA – OMOTOSSICOLOGIA - ANTROPOSOFIA

Il sottoscritto allega tutta la documentazione comprovante il possesso dei requisiti minimi richiesti per l'iscrizione nel suddetto Registro, in base a quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni Province Autonome del 07.02.2013 in tema di formazione dei medici chirurghi e degli odontoiatri che esercitano l'agopuntura, la fitoterapia e l'omeopatia.

FIRMA

Siena,

Si allega:

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