

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PISA
**DOMANDA DI INSERIMENTO NEL REGISTRO DELLE
MEDICINE COMPLEMENTARI**

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a..... il.....

residente in..... Via/P.zza.....n°

..... codice fiscale..... recapito telefonico.....

email

laureato/a in..... in data..... presso l'Università di

.....

iscritto/a all' Ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Pisa

al n°..... dell' Albo dei medici-chirurghi odontoiatri

CHIEDE

Di essere iscritto nel registro dei Medici che praticano le medicine complementari per la disciplina di

Agopuntura Omeopatia Fitoterapia

Allegati:

1. Fotocopia di un documento di identità

2. Titoli richiesti

3.

4.

5.

6.

7.

Pisa,

In fede

.....