

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Firenze
Via Giulio Cesare Vanini, 15
50129 – Firenze

Marca da Bollo
€ 16,00

Il/La sottoscritto/a nato/a a
..... il....., iscritto/a all'Albo
dei medici chirurghi/odontoiatri al n.

ai sensi e per gli effetti della Legge Regione Toscana n. 9 del 19/02/2007, dell'Accordo Stato-Regioni n. 54/CSR del 07/02/2013, e del Protocollo d'Intesa fra Regione Toscana e FTOM del 16/03/2015,

CHIEDE

di essere inserito/a nell'elenco tenuto dall'Ordine relativo alla disciplina:

OMEOPATIA

- Sottoelenco* *Omeopatia*
 Omotossicologia
 Antroposofia

AGOPUNTURA

FITOTERAPIA

essendo in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti previsti dalle disposizioni transitorie di cui all'art. 10 dell'Accordo Stato-Regioni sopra citato, come da documentazione allegata:

- Attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina oggetto della domanda di almeno **300 ore** di insegnamento teorico-pratico e della durata almeno **3 anni** con **verifica finale**;
- Attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina oggetto della domanda di almeno **200 ore** di insegnamento teorico-pratico ed almeno **15 anni** di esperienza clinica documentata;
- Attestazione di iter formativo costituito da corsi anche non omogenei (compresi i **Master Universitari**) che permettano, per il programma seguito e per il monte ore svolto, di aver acquisito una competenza almeno pari a quella ottenibile con i corsi di cui ai punti precedenti;
- Documentazione di almeno **8 anni** di docenza nella disciplina oggetto della presente domanda presso un soggetto pubblico o privato accreditato alla formazione.

Firenze,

Firma

Presentazione personale della domanda

Documento di riconoscimento n. rilasciato da
..... il scadenza e visto firmare

Il funzionario addetto