

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,

C H I E D E

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

OMEOPATIA

Sottoelenco *Omeopatia*

Omotossicologia

Antroposofia

AGOPUNTURA

FITOTERAPIA

essendo in possesso dei requisiti di cui all'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni sopra citato e dell'art. 3 del Protocollo d'Intesa sopra citato, come da documentazione allegata:

- Attestato rilasciato da un istituto formativo pubblico o privato accreditato dalla Regione al termine di un percorso formativo di **almeno 3 anni** con svolgimento di **almeno 400 ore di formazione teorica, cui si aggiungono 100 ore di pratica clinica** con superamento di un esame teorico-pratico al termine di ciascun anno di corso e discussione finale di tesi;
- Attestato di conseguimento di **Master Universitari** di durata biennale che soddisfino i requisiti di durata oraria di cui al punto precedente.

Firenze,

Firma

Presentazione personale della domanda

Documento di riconoscimento n. rilasciato da

..... il scadenza..... e visto firmare

Il funzionario addetto