

(Scrivere in stampatello)

Bollo da  
€. 16,00

## ***Domanda di iscrizione Elenchi Medicine Complementari***

Al Presidente  
dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della provincia di Ferrara

Il/la sottoscritto/a .....  
nato a ..... il .....  
Codice Fiscale ..... residente in  
..... via ..... n.  
di cell. .... E-mail .....  
PEC..... Laureato in  
..... Specializzato in  
.....

chiede

di essere iscritto negli Elenchi dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri esercenti le  
Medicine Complementari istituito presso codesto Ordine nella seguente disciplina:

- Agopuntura**
- Fitoterapia**
- Omeopatia:**
  - Omeopatia
  - Omotossicologia
  - Antroposofia

Si allega alla presente il proprio curriculum formativo-professionale e i titoli posseduti in  
copia conforme all'originale

Data .....

Firma .....