

**Marca da bollo
da € 16,00**

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI
MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DI TREVISO**

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____, il _____

residente in _____ CAP _____ prov. _____

Via _____ tel. _____ / _____

c.f. _____,

iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Treviso dal _____,

in possesso della specializzazione in _____

conseguita presso l'Università di _____ in data _____

CHIEDE

di essere iscritto, ai sensi dell'art. 3 della legge 18.2.1989 n. 56 e della nota n. 2392 del 17.7.1997 del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, nell'Elenco dei medici psicoterapeuti.

Il sottoscritto dichiara di svolgere attività psicoterapeutica presso (specificare se studio privato o altra struttura pubblica o privata) _____

sito in _____ Via _____ n. _____

Tel. _____.

In fede.

Data _____

Firma _____

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI
AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI
NON VERITIERE**

(Riservato all'Ordine)

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI TREVISO**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR
445/2000 che il Dott./ssa _____ identificato a mezzo
di _____ ha sottoscritto in sua presenza
l'istanza.

Data.....

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

DA PRESENTARE CON LA DOMANDA:

1) Ricevuta del versamento di € 26,00 da effettuarsi nel c/c postale intestato a *Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Treviso* a mezzo di:

- bonifico: codice IBAN IT17E0760112000000013896311

- bollettino di c/c/p n.: 13896311

ATTENZIONE: DALL'1.1.2019 SARANNO VARIATE LE MODALITÀ DI RISCOSSIONE DELL'ORDINE PERTANTO CONTATTARE GLI UFFICI DI SEGRETERIA PRIMA DI EFFETTUARE QUALSIASI VERSAMENTO

2) Documento personale (carta identità, patente, passaporto)

N.B.: La firma nella domanda deve essere apposta all'atto della sua presentazione avanti al dipendente dell'Ordine addetto a riceverla.