



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO**

*Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento
Cod. Fisc. 80013290228*

**Marca da
bollo
Euro 16,00**

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento:

RICONOSCIMENTO DELL'ATTIVITA' PSICOTERAPEUTICA

Il sottoscritto Dott.....

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

CHIEDE

Il riconoscimento dell'attività psicoterapeutica ai sensi dell'art. 35 della legge 56/89, come modificato dall'art. 1 comma 2 e 3 della legge n. 4 del 14 gennaio 1999.

L'iscrizione nell' "Elenco degli psicoterapeuti" è consentita esclusivamente ai medici iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti:

1. Laurea in Medicina e Chirurgia e specializzazione in: PSICHIATRIA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; PSICOLOGIA CLINICA; PSICOLOGIA DEL CICLO DELLA VITA E PSICOLOGIA DELLA SALUTE;
2. Laurea in Medicina e Chirurgia e diploma conseguito presso istituti privati riconosciuti e idonei, con decreto del MURST, ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia.

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

DICHIARA

(barrare solo le voci che interessano)

- di essere nato a prov. () il
- codice fiscale.....
- di essere residente a prov. ()
CAP..... in via..... n.....
- RECAPITO PER EVENTUALE CORRISPONDENZA (se diverso dalla residenza anagrafica)
Comune di prov. ()

CAP..... in via.....n.....

- Recapito telefonico.....
- Cellulare.....
- E-mail.....
- PEC (OBBLIGATORIA PER TUTTI GLI ISCRITTI AGLI ORDINI PROFESSIONALI).....
- di aver conseguito il diploma di laurea in
ilpresso l'Università degli Studi di.....
con voto.....
- di aver superato l'esame di abilitazione all'esercizio della professione di.....
il.....nella sessione.....presso l'Università degli Studi di
.....
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento con
posizione n.

DICHIARA ALTRESI'

- di aver conseguito il titolo di specializzazione in
presso l'Università di.....in data.....
con voto.....
- di aver conseguito in datal'attestato di formazione quadriennale in
psicoterapia (da allegare fotocopia) presso.....riconosciuto con
D.M.del.....con sede in.....

Il sottoscritto dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di aver acquisito una specifica formazione professionale in psicoterapia e di averla esercitata in modo preminente e continuativo.

A tal fine allega:

1. curriculum formativo con indicazione delle sedi, tempi e durata della formazione;
2. curricula scientifico e professionale;
3. diploma di specialità, se non precedentemente depositato;
4. documentazione della continuità e preminenza dello svolgimento dell'attività psicoterapeutica;
5. fotocopia del documento di identità non autenticato (il documento di identità deve essere in corso di validità).

IMPORTANTE: IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA, INOLTRE, A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE PER ISCRITTO QUALSIASI VARIAZIONE, MODIFICA O PERDITA DEI DIRITTI COMPRESI LE VARIAZIONI DI INDIRIZZO, RESIDENZA, DOMICILIO, INDIRIZZO E-MAIL, INDIRIZZO PEC, ETC.

L'ORDINE DECLINA OGNI RESPONSABILITA' PER MANCATO RECAPITO DI CORRISPONDENZA IN CASO DI NON AVVENUTA COMUNICAZIONE FORMALE DI VARIAZIONE DI DATI.

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

Trento, _____, FIRMA _____

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di Trento, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nella domanda di iscrizione all'Albo professionale e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che Le è stata consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il sottoscritto dott.....,
presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Data _____ Firma _____

AVVERTENZA: Ai sensi delle Disposizioni in materia di certificati e dichiarazioni sostitutive art 15 L.n. 183/2011 la presente Amministrazione Pubblica non richiede certificati all'interessato

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Il sottoscritto.....incaricato, ATTESTA ai sensi dell'art. 30 del T.U. D.P.R. 445/2000, che l'istanza:

- è stata presentata personalmente dal sottoscrittore identificato con documento
- è stata presentata, corredata da copia del documento di identità valido del sottoscrittore, dal sig.

identificato con documento;

è pervenuta a mezzo posta corredata di copia del documento di identità valido del sottoscrittore.

Data _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza
