

# ISTANZA DI RICONOSCIMENTO DELL'ATTIVITÀ PSICOTERAPEUTICA

Marca da Bollo  
da €14,62

**Al Consiglio Direttivo  
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e  
degli Odontoiatri**  
Via Valentina Zambra, 16  
38100 TRENTO

Il sottoscritto

nato a \_\_\_\_\_ prov. ( ) il

residente in \_\_\_\_\_ prov. ( ) CAP ( )

via

codice fiscale \_\_\_\_\_ Laureato in MEDICINA e CHIRURGIA il

presso l'Università di

abilitato il

presso l'Università di

iscritto all'Ordine \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ n.

## 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 14.01.1999.

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:

Curriculum formativo con indicazione delle sedi, tempi e durata della formazione;

Curriculum scientifico e professionale;

Documentazione della continuità e preminenza dello svolgimento dell'attività psicoterapeutica

## CONSENSO RELATIVO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (ai sensi legge 31 dicembre 1996, n. 675)

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ ai sensi della legge n. 675/96, concernente "La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

### ESPRIMO IL MIO CONSENSO E AUTORIZZO

l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri al trattamento dei miei dati personali da parte degli uffici preposti, ivi compresa la pubblicazione sull'Albo di altri dati non obbligatori (es. numero telefonico, e-mail, etc.)

Luogo e data:

Firma: \_\_\_\_\_