

AL PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA
Via G.Zaccherini Alvisi 4
40138 BOLOGNA

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a il.....

Residente in.....Via.....

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi – Odontoiatri di Bologna in data.....

al n.....

CHIEDE

L'iscrizione nel Registro dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri esercenti le Medicine Non Convenzionali, relativamente alla disciplina (allegare copia della documentazione):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> MEDICINA ANTROPOSOFICA | <input type="checkbox"/> AGOPUNTURA |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA AYURVEDICA | <input type="checkbox"/> MEDICINA TRADIZIONALE CINESE |
| <input type="checkbox"/> OMOTOSSICOLOGIA | <input type="checkbox"/> OSTEOPATIA |
| <input type="checkbox"/> FITOTERAPIA | <input type="checkbox"/> CHIROPRACTICA |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA OMEOPATICA | |

Bologna,.....

Firma.....

(Allegare fotocopia del documento di riconoscimento Carta d'Identità o Patente).