ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

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

Il/lLa 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:

- ☐ **MEDICINA ANTROPOSOFICA**
- ☐ **MEDICINA AYURVEDICA**
- ☐ **OMOTOSSICOLOGIA**
- ☐ **FITOTERAPIA**
- ☐ **MEDICINA OMEOPATICA**
- ☐ **AGOPUNTURA**
- ☐ **MEDICINA TRADIZIONALE CINESE**
- ☐ **OSTEOPATIA**
- ☐ **CHIROPRATICA**

Bologna,..... Firma.....