

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

iscritto/a all'Albo _____ dal _____

titolare dello studio in Via _____ città _____

e-mail _____ cell. _____

I punto 1 - 2 - 3 possono essere compilati in modo indipendente uno dall'altro e singolarmente danno diritto ad esporre la pubblicità sanitaria per la Medicina Complementare richiesta

D I C H I A R A

1) - **Di aver frequentato una scuola ad orientamento clinico** che attesta la formazione teorica e pratica con superamento di esame finale, per un minimo di 200 ore in

- Medicina Omeopatica della durata di anni 3
- Agopuntura della durata di anni 3
- Osteopatia della durata di anni 3
- Chiropratica della durata di anni 3
- Medicina Ayurvedica della durata di anni 2
- Omotossicologia della durata di anni 2
- Medicina Tradizionale Cinese della durata di anni 2
- Fitoterapia
- Medicina Antroposofica
- che il responsabile della scuola è un medico;
- che i docenti titolari della formazione sono medici (almeno per i 2/3) salvo i casi particolari in relazione alla didattica (Giurisprudenza, Farmacia, ecc.);
- che la scuola ha un minimo di tre docenti medici titolari.

2) - **Di aver frequentato una scuola ad orientamento clinico** che attesta la formazione teorica e pratica con superamento di esame finale in, per n° ore integrate con (almeno 30/50 ore nella disciplina)

- Workshop in _____ per n. ore _____
- Corsi di aggiornamento in _____ per n. ore _____
- Corsi di perfezionamento in _____ per n. ore _____ per un minimo di 200 ore.

3) - **Di autocertificare la pratica clinica anche non esclusiva**

- almeno 6 anni nella disciplina per la quale si chiede l'autorizzazione alla pubblicità sanitaria
- almeno 3 anni di pratica clinica non esclusiva con frequenza di un monte ore di 350 per agopuntura e 400 per Osteopatia) **comprensiva di un curriculum professionale relativo alla disciplina che comprenda, almeno due dei titoli seguenti:**
 - Partecipazione a Master _____
 - Partecipazione a Corsi formativi _____
 - Partecipazione a Seminari _____
 - Partecipazione a Corsi intensivi per la medicina complementare _____
 - Effettuazione di attività didattica in _____
 - Pubblicazioni in _____ attraverso
 - Libri
 - Riviste mediche dotate di Comitato Scientifico
- Relazioni a Convegni _____
- Partecipazione a Convegni in qualità di organizzatore scientifico _____
- Partecipazione a Convegni sulla medicina complementare nei 6 anni precedenti la richiesta
- di attestazione _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere, dichiara che quanto sopra indicato relativamente ai dati personali ed ai titoli posseduti, corrisponde al vero.

DATA _____ FIRMA (*) _____

() La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di un documento di riconoscimento.*