Spett.le
Authority per l'Autorizzazione, l'Accreditamento e la Qualità
dei Servizi Sanitari, Socio -Sanitari e Socio-Educativi
Sede

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Il _____

residente in _____

cittadino/a _____

dichiaro, ai sensi del protocollo n. 110/2005, di svolgere la/le seguente/i attività e di essere in possesso dei titoli richiesti:
(barrare le caselle corrispondenti)

	Attività	***Titoli di studio richiesti***	***Note***
☐	**Medicina convenzionale**	Laurea in Medicina e Chirurgia	Possesso di specializzazioni specifiche ove richieste
☐	**Agopuntura**	Laurea in Medicina e Chirurgia e specializzazione in Agopuntura	Possesso di un titolo di studio che attesti la frequenza a Corsi triennali di Agopuntura riconosciuti da Commissioni Scientifiche
☐	**Medicina Tradizionale Cinese (MTC)**	Laurea in Medicina e Chirurgia e specializzazione in MTC	Possesso di un titolo di studio che attesti la frequenza a Corsi triennali di MTC riconosciuti da Commissioni Scientifiche
☐	**Medicina Omeopatica e Omotossicologia**	Laurea in Medicina e Chirurgia e specializzazione in Medicina Omeopatica /Omotossicologia	Possesso di un titolo di studio che attesti la frequenza a Corsi triennali di Omeopatia/Omotossicologia riconosciuti da Commissioni Scientifiche quali il Comitato Europeo per l'Omeopatia (E.C.H.)
☐	**Medicina Ayurvedica**	Laurea in Medicina e Chirurgia e specializzazione in Medicina Ayurvedica	Possesso di un titolo di studio che attesti la frequenza a Corsi triennali di Medicina Ayurvedica riconosciuti da Commissioni Scientifiche
☐	**Fitoterapia**	Laurea in Medicina e Chirurgia e specializzazione in Fitoterapia	Possesso di un titolo di studio che attesti la frequenza a Corsi di Fitoterapia riconosciuti da Commissioni Scientifiche
☐	**Medicina Antroposofica**	Laurea in Medicina e Chirurgia e specializzazione in Medicina Antroposofica	Possesso di un titolo di studio che attesti la frequenza a Corsi triennali di Medicina Antroposofica riconosciuti da Commissioni Scientifiche
☐	**Osteopatia**	Diploma di scuola media superiore e specializzazione in Osteopatia	Possesso di un titolo di studio che attesti la frequenza di un corso riconosciuto da Commissioni Scientifiche articolato su cinque anni con frequenza giornaliera, esami annuali e un esame finale, o su sei anni a tempo parziale con un numero di ore equiparate alle scuole europee.
☐	**Chiropratica**	Diploma di scuola media superiore e specializzazione in Chiropratica	Possesso di un titolo di studio che attesti la frequenza di un corso riconosciuto da Commissioni Scientifiche articolato su tre anni con frequenza giornaliera, esami annuali e un esame finale.

Dichiaro altresì

Di esercitare la professione in _____

presso _____

Allego i seguenti documenti:

- ☐ Titolo di studio _____
- ☐ Iscrizione ordine/collegio _____
- ☐ Specializzazione _____
- ☐ _____

Data _____ In fede.

_____
(firma)