

ISTANZA DI RICONOSCIMENTO DELL'ATTIVITA'

PSICOTERAPEUTICA

AL CONSIGLIO DIRETTIVO  
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
DI VERONA

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
Laureato/a in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_  
Abilitato (oppure nella sessione di) \_\_\_\_\_ iscritto all'Ordine \_\_\_\_\_  
In data \_\_\_\_\_ al 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;
- Curricula scientifico professionale;
- Documentazione della continuità e preminenza dello svolgimento dell'attività psicoterapeutica

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_