

**All' Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Verona**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_

In base a quanto stabilito dall'Accordo Stato-Regioni in data 7.2.13, integrato dalle note ministeriali di chiarimento del 25.7.14,

**CHIEDE**

di essere inserito nell'elenco relativo alla disciplina di:

AGOPUNTURA    FITOTERAPIA    OMEOPATIA    OMOTOSSICOLOGIA    MEDICINA ANTROPOSOFICA  
(barrare la disciplina di riferimento).

A tal fine si allega la seguente documentazione:

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

Verona \_\_\_\_\_,

FIRMA \_\_\_\_\_

**PRESENTAZIONE PERSONALE DELLA DOMANDA**

Identificato/a con documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data

\_\_\_\_\_ e visto firmare.

L'impiegato addetto

\_\_\_\_\_