

**AL PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PADOVA**

II/La Sottoscritto/a Dott./Prof./ssa

Nato/o il a

laureato/a il c/o l'Università di

Iscritto/a presso l'Ordine di n. iscr.....

Tenuta presente la direttiva contenuta nella linea guida della FNOMCeO allegata al vigente Codice di Deontologia Medica (2006) secondo cui:

“” Il medico non specialista può fare menzione della particolare disciplina specialistica che esercita con espressioni che ripetano la denominazione ufficiale della specialità e che non inducano in errore o equivoco sul possesso del titolo di specializzazione, quando abbia svolto attività professionale nella disciplina medesima per un periodo almeno pari alla durata legale del relativo corso universitario di specializzazione presso strutture sanitarie o istituzioni a cui si applicano le norme, in tema di autorizzazione e vigilanza, di cui all'art. 43 della legge 23 dicembre 1978 n. 833. L'attività svolta e la sua durata devono essere comprovate mediante attestato rilasciato dal direttore o dal responsabile sanitario della struttura o istituzione. ””

D I C H I A R A

Che in data

- Ha iniziato a svolgere attività professionale
- Ha completato (da utilizzare al completamento degli anni di svolgimento del tirocinio)

Nella disciplina

Presso Struttura [] Privata _____
autorizzata art. 43 L. 23/12/78 n. 833

[] Pubblica _____

1. Allega dichiarazione del Direttore sanitario (da allegare anche a formazione iniziata)
2. Allega copia dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio dell'attività della **Struttura Privata** Autorizzata a norma art. 43 L. 23/12/78 n. 833

[] Comunica inizio sede di attività professionale presso _____

Direttore sanitario Dott. _____

[] Comunica di aver svolto attività professionale nella disciplina di _____
_____ per un periodo cumulativo di anni relativo al corso universitario di specialità di _____

Data

Firma.....