

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PADOVA

Il sottoscritto/a DOTT./DOTT.SSA _____

nato/a il _____ a _____

Ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e della Delibera del Consiglio Direttivo n. 76 del 7 aprile 2015,

CHIEDE

Di essere inserito/a nell'elenco relativo alla Disciplina:

OMEOPATIA

AGOPUNTURA

FITOTERAPIA

Sottoelenco: OMEOPATIA
 OMOTOSSICOLOGIA
 ANTROPOSOFIA

Essendo in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni di cui all'art. 4 comma 2 dell'Accordo Stato-Regioni sopra citato, come da documentazione allegata.

- Durata di almeno 400 ore di formazione teorica, cui si aggiungono 100 ore di pratica clinica, di cui almeno il 50% di tirocinio pratico supervisionato da un medico esperto della disciplina in oggetto. A tale monte ore orario vanno sommati lo studio individuale e la formazione guidata.

- Master universitari, ovvero corsi di formazione triennali.

È obbligo di frequenza minima all'80% delle lezioni sia teoriche che pratiche;

- a) Il percorso formativo accreditato prevede il superamento di un esame teorico-pratico al termine di ciascuno degli anni previsti, nonché la discussione finale di una tesi.
- b) Al termine del percorso formativo, verrà rilasciato dai soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione un attestato in conformità ai requisiti richiesti, che consentirà l'iscrizione del professionista agli elenchi degli esperti delle singole discipline.
- c) Gli insegnamenti di tipo generale, non riferiti specificamente alla disciplina in oggetto, non dovranno superare il 20% del monte ore complessivo di formazione teorica.
- d) La Formazione a distanza (FAD) eventualmente inserita nella programmazione didattica non dovrà superare il 30% delle ore di formazione teorica e dovrà essere realizzata in conformità alla normativa vigente.

Padova, _____

FIRMA

INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza agli artt. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di Padova, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce l'informativa in formato integrale - disponibile anche nell'apposita sezione Modulistica del sito dell'Ordine- ove troverà le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali raccolti con la domanda di iscrizione all'Albo professionale e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento, il Responsabile della protezione dei dati", i cui dati di contatto sono forniti nell'informativa in formato integrale, disponibile nell'apposita sezione Modulistica" nel sito dell'Ordine.

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Ente, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

Il sottoscritto dott./dott.ssa _____

presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Data

Firma
