

Io sottoscritto Dott. _____,

- medico chirurgo
- odontoiatra

iscritto all'OMCeO della Valle d'Aosta col n° _____,

chiedo di essere iscritto al **REGISTRO DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI ESERCENTI MEDICINE E PRATICHE NON CONVENZIONALI** della seguente Medicina o Pratica non convenzionale (redigere una domanda per ogni richiesta d'iscrizione):

- **Medicina Antroposofica**
- **Medicina Ayurvedica**
- **Medicina Omeopatica**
- **Omotossicologia**
- **Fitoterapia**
- **Agopuntura**
- **Medicina Tradizionale Cinese**
- **Osteopatia**
- **Chiropratica**

A tal fine allego la documentazione richiesta, ai sensi della delibera dell'OMCeO della Valle d'Aosta n° 1 del 16/02/2010 e dichiaro di aver letto e compreso l'informativa relativa all'utilizzo dei dati personali presente sul sito e di acconsentire espressamente al trattamento degli stessi con la sottoscrizione della presente domanda

Aosta, _____
