

Marca da bollo

Da € 16.00

**AL PRESIDENTE DELL'ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA BARLETTA-ANDRIA-TRANI  
VIA OGNISSANTI, 5 - 76125 — TRANI (BT)**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_  
iscritto nell'Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri della Provincia BAT in data  
\_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'iscrizione nel registro dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri BAT, praticanti le Medicine Complementari, relativamente alla pratica della seguente disciplina:

- AGOPUNTURA;**
- FITOTERAPIA;**
- OMEOPATIA.**

Il sottoscritto allega tutta la documentazione comprovante il possesso dei requisiti minimi richiesti per l'iscrizione nel suddetto Registro.

Trani, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Si allega.

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_