

## **AUTODICHIARAZIONE**

### **Riguardante l'esercizio della Medicina Omeopatica**

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa ..... iscritto presso l'Ordine Provinciale dei medici chirurghi di ..... con numero..... dichiaro di avere acquisito la competenza necessaria secondo i criteri di qualità della formazione in medicine e pratiche non convenzionali definite dalla FNOMCeO.

Dichiaro altresì che l'Ordine Provinciale dei medici chirurghi presso cui sono iscritto non prevede, al momento, un apposito elenco in cui sono indicati i professionisti titolati ad esercitare la medicina omeopatica.

La presente dichiarazione è resa sotto la mia responsabilità consapevole delle conseguenze civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci.

Luogo e data

In fede

(timbro e firma)