

## **MODULO DI ISCRIZIONE NELL'ELLENCO DEGLI PSICOTERAPEUTI**

Il modulo deve essere presentato in presenza di un dipendente dell'Ordine, ovvero recapitato unitamente a copia fotostatica di un documento di riconoscimento (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 N° 445):

1. laureati in medicina e chirurgia in possesso del diploma di specializzazione universitaria in psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia clinica, psicologia del ciclo della vita e psicologia della salute - allegare la seguente documentazione:

- **certificato di specializzazione;**
- **certificazione del Direttore della scuola di specializzazione;**
- **fotocopia documento d'identità**

2. laureati in medicina e chirurgia in possesso del diploma conseguito presso istituti privati riconosciuti idonei ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia con decreto del MURST - allegare la seguente documentazione:

- **certificato di specializzazione in psicoterapia rilasciato dalla scuola;**
- **fotocopia documento d'identità**

# ISTANZA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO DEGLI PSICOTERAPEUTI

AL PRESIDENTE DELL'ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI DELLA  
PROVINCIA DI CATANIA

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ laureato in MEDICINA E  
CHIRURGIA il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_  
abilitato nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università di  
\_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

## CHIEDE

l'iscrizione nell'Elenco degli psicoterapeuti ai sensi della L.N.56 del 18/02/1989 e successive  
modificazioni.

A tale scopo dichiara inoltre, sotto la sua responsabilità\*, di :

aver conseguito il diploma di specializzazione universitaria in :

psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia clinica, psicologia del ciclo della vita, psicologia  
della salute

presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con la  
votazione di \_\_\_\_\_

aver conseguito il diploma presso il seguente istituto privato riconosciuto idoneo ad attivare  
corsi di specializzazione in psicoterapia con decreto del MURST ai sensi della L. 18.2.89  
n.56: \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_