

## **ISCRIZIONE NELL'ELENCO SPECIALE DEI MEDICI ABILITATI ALL'ESERCIZIO DELLA PSICOTERAPIA**

A seguito della circolare n. 65-2023 FNOMCEO si evidenzia che, tralasciando l'exkursus normativo sulla materia, si rileva che l'attuale disciplina consente l'esercizio dell'attività di psicoterapia ai medici-chirurghi in possesso del titolo di specializzazione in:

- psichiatria;
- neuropsichiatria infantile;
- psicologia clinica,
- psicologia del ciclo della vita;
- psicologia della salute;
- in alternativa, del diploma conseguito presso gli istituti riconosciuti dal Ministero dell'Università e della Ricerca ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 56/1989 idonei ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia.

**I sanitari in possesso dei suddetti titoli sono, pertanto, legittimati all'esercizio della psicoterapia e i loro nominativi possono essere inseriti nell'apposito elenco tenuto da ciascun Ordine.**

La compilazione di un elenco contenente i nominativi dei medici legittimati ad esercitare la psicoterapia è stata, infatti, suggerita dalla Federazione per ragioni meramente pratiche, pertanto, per l'esercizio della psicoterapia è sufficiente che il sanitario trasmetta all'Ordine il titolo legittimante, così come previsto dall'articolo 3 del D.P.R. n. 221/50 per l'inserimento nell'Albo delle specializzazioni e come indicato nella comunicazione della FNOMCeO n. 90 del 1997, tuttora valida. L'Ordine, dopo le opportune verifiche, provvederà, dunque, all'annotazione del titolo nell'apposita sezione dell'Albo contenente le specializzazioni e all'inserimento del nominativo nell'elenco, senza ulteriori adempimenti burocratici.

Pertanto per gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi di Ravenna in possesso dei titoli suindicati, è sufficiente compilare e inviare all'Ordine via mail ordinaria, via PEC, di persona o per terza persona, il modulo allegato che permette di auto-dichiarare tutti i titoli posseduti, indicando inoltre nell'apposita sezione:

**Inserimento nell'elenco degli esercenti la psicoterapia  
- circolare FNOMCEO N. 65-2023 -  
(Allegare copia del documento di identità in corso di validità)**

## ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI - RAVENNA

### SCHEDA GENERALE DELL'ISCRITTO ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI O ALBO ODONTOIATRI

Il presente documento può essere utilizzato dall'iscritto per comunicare all'Ordine attraverso l'autodichiarazione ai sensi degli artt.46/47 del DPR 445/2000 (allegare un documento di identità in caso di spedizione, PEC, mail o consegna da parte di 3° persona):

- > **Variazioni di residenza**
- > **Titoli di specializzazione e docenze conseguiti e non ancora inseriti nell'Albo**
- > **Altri dati relativi all'attività professionale**
- > **Differenze riscontrate nell'Albo Medici Chirurghi e/o Odontoiatri**

<b>Albo MEDICI CHIRURGHI:</b>	N° _____	Data <input style="width: 80%;" type="text"/>	iscr.: _____	1° Ordine, data: <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Albo ODONTOIATRI:</b>	N° _____	Data <input style="width: 80%;" type="text"/>	iscr.: _____	1° Ordine, data: <input style="width: 95%;" type="text"/>

COGNOME	<input style="width: 95%;" type="text"/>
NOME	<input style="width: 95%;" type="text"/>
LUGO NASCITA	<input style="width: 95%;" type="text"/>
DATA NASCITA	<input style="width: 95%;" type="text"/>
CITTADINANZA (Se variata)	<input style="width: 95%;" type="text"/>
RESIDENZA (Indirizzo + CAP)	<input style="width: 95%;" type="text"/>
CODICE FISCALE	<input style="width: 95%;" type="text"/>
PEC - obbligatoria	<input style="width: 95%;" type="text"/>
SPECIALIZZAZIONI *	1 <input style="width: 95%;" type="text"/>
	2 <input style="width: 95%;" type="text"/>
DOCENZE *	<input style="width: 95%;" type="text"/>
ATTESTATI MED. GEN. *	<input style="width: 95%;" type="text"/>
PSICOTERAP.L. 56/1989 *	<input style="width: 95%;" type="text"/>
MED. COMP. Dlgs 81/2008 e smi*	<input style="width: 95%;" type="text"/>
ALTRO *	<input style="width: 95%;" type="text"/>
ALTRO *	<input style="width: 95%;" type="text"/>

(\* = Specificare: Titolo, data e luogo di conseguimento esatti)

Dati aggiuntivi non inseriti nell'Albo:

Tel: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Fax: <input style="width: 95%;" type="text"/>
Cell: <input style="width: 95%;" type="text"/>	E-mail: <input style="width: 95%;" type="text"/>

Indirizzo aggiuntivo di domicilio, studio ecc... (barrare la casella se è l'indirizzo per la corrispondenza)

Via, n. civico
CAP Città PROV

Categoria o qualifica professionale e luogo di lavoro: (MMG, GM, OSP, DIP. CASA di CURA, SPEC.AMB., PED, LP, MED. UNIV., DIR. SAN.,ECC)\*:

*	Luogo di lavoro	
---	-----------------	--

Il sottoscritto dichiara ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/00 che i dati suddetti corrispondono al vero

Data: _____	Firma <input style="width: 95%;" type="text"/>
-------------	--