



OSTEOPATIA
PROFESSIONE
SANITARIA
AUTONOMA



FIRMA ANCHE TU per il riconoscimento dell'OSTEOPATIA



**Caro paziente,
se ritieni che anche in Italia
sia giunta l'ora di vedere riconosciuta
l'Osteopatia firma la petizione**

IL TUO OSTEOPATA TI RINGRAZIA

TESTO PETIZIONE

I sottoscritti cittadini Italiani, richiedono al Parlamento Italiano la Regolamentazione dell' Osteopatia come PROFESSIONE SANITARIA AUTONOMA. Chiedono altresì agli Organi competenti di intraprendere ogni utile iniziativa per la SANATORIA DI TUTTI GLI OSTEOPATI PRESENTI SUL TERRITORIO NAZIONALE.

NOME E COGNOME



I sottoscritti cittadini italiani chiedono al Parlamento Italiano la regolamentazione dell' Osteopatia come Professione Sanitaria Autonoma. Chiedono altresì agli organi competenti di intraprendere ogni utile iniziativa per LA SANATORIA DI TUTTI GLI OSTEOPATI PRESENTI SUL TERRITORIO NAZIONALE.

Il sottoscritto/a acquisite tutte le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell' art. 13 del D.lgs n°196/2003, e consapevole, in particolare che il trattamento non riguarderà dati "sensibili" di cui all' art. 4 comma 1 lett.D) nonché art. 26 del D.lgs n°196/2003, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento della raccolta delle firme.

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



Uniti per l' Osteopatia

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

	NOME E COGNOME	RESIDENZA	TIPO E NUMERO DOCUMENTO	PROFESSIONE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



TABELLA RIEPILOGATIVA FIRME:

ATTIVITA' LAVORATIVE DEI FIRMATARI	NUMERO TOTALE PER PROFESSIONE
MEDICI	
PROFESSORI UNIVERSITARI	
LIBERI PROFESSIONISTI	
AVVOCATI	
MAGISTRATI	
OPERAI	
INSEGNANTI	
CASALINGHE	

EGREGI COLLEGGHI FATE COMPILARE I MODULI IN OGNI PARTE PRESTANDO ATTENZIONE AL NUMERO E TIPO DI DOCUMENTO, CHE SIA LEGGIBILE.

**IL TUTTO DEVE ESSERE INVIATO CON POSTA ORDINARIA A:
GIANLUCA CEINO - PIAZZALE E. GONZAGA, 24 - 61029 - URBINO - PU.**