

STUDIO MEDICO e/o ODONTOIATRICO
Libero Professionale

**AL SIG. PRESIDENTE
DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI**

.....

Il/La sottoscritto/a dott. _____

Nato a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

tel. _____ E-Mail _____

- Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di _____ al numero: _____
- Iscritto all'Albo degli Odontoiatri della provincia di _____ al numero: _____
- Specialista in _____
- Non specialista ma documenta la professionalità in: _____ (allegare, se non già depositata o se iscritto al altro Ordine, idonea documentazione)

*Ai sensi della L. n. 175/92 modificata dal decreto legge n. 223/2006 e della Legge di conversione n. 248/2006, CONSAPEVOLE DELLE PRESCRIZIONI IN MATERIA DI PUBBLICITA' E INFORMAZIONE SANITARIA CONTENUTE NELL' **ART. 55** (informazione sanitaria), **ART. 56** (pubblicità dell'informazione sanitaria), E **ART. 57** (divieto di patrocinio) DEL VIGENTE CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA (2006) E, A CONOSCENZA DELLE DIRETTIVE IMPARTITE DALLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI CON LA LINEA GUIDA ALLEGATA AL CODICE DI DEONTOLOGIA.*

COMUNICA DI AVER GIA' PREDISPOSTO UN MESSAGGIO PUBBLICITARIO CON

CHIEDE IL PARERE DI CONFORMITA' ALLE NORME DI DEONTOLOGIA PER

IL SEGUENTE TESTO:

PUBBLICIZZATO MEDIANTE:

- n. ___ **Targa/he**
- n. ___ **Inserzioni** su elenchi telefonici, sugli elenchi generali di categoria, su periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie e su giornali quotidiani e periodici d'informazione;
- Lettera Informativa da inviare a:** **Colleghi**
(allegare copia della lettera)
- Sito Internet**
- ALTRO:** _____

DICHIARA DI ESERCITARE

- Da singolo/a nel proprio studio sito in _____
Via _____ tel. _____
 - Da associato/a con i colleghi: _____

- nello studio professionale sito in _____
Via _____ tel. _____

Data

Firma

