

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

Il sottoscritto/a Dott./Prof./.....

Residente in..... c.a.p.....

Via n. tel.....

CONSAPEVOLE DELLE PRESCRIZIONI IN MATERIA DI PUBBLICITA' E INFORMAZIONE SANITARIA CONTENUTE NEGLI ARTICOLI 55 (INFORMAZIONE SANITARIA), 56 (PUBBLICITA' DELL'INFORMAZIONE SANITARIA) E 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,

PREMESSO:

- DI ESSERE ISCRITTO: ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DI.....

ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DI

- DI AVER CONSEGUITO:

LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA []

LAUREA IN ODONTOIATRIA []

DI ESSERE SPECIALISTA IN

DI ESSERE IN POSSESSO DI "PROFESSIONALITA'" IN:

.....

DI ESERCITARE

A) [] DA SINGOLO/A NEL PROPRIO STUDIO

B) [] DA ASSOCIATO/A IN UNO STUDIO PROFESSIONALE CON I COLLEGHI:

.....

C) [] NELLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA O PRIVATA:

..... Con sede a

D) [] COME DIRETTORE SANITARIO NELLA STRUTTURA SANITARIA PRIVATA

DENOMINATA:

con sede a

(specificare nei casi B,C,D,E)

.....

COMUNICA

Di aver attivato il sito web (specificare nome dei sito)

contenente informazione sanitaria.

Dichiara sotto la propria responsabilità che il contenuto del sito è conforme alle prescrizioni che precedono e che si impegna di continuare a rispettarle anche per il futuro.

data

firma

.....

.....