

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

Il/la sottoscritto/a dott./prof./ssa .....  
residente in ..... CAP .....  
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,

**CHIEDE**

IL PARERE DI CONFORMITA' ALLE NORME DI DEONTOLOGIA SUL TESTO DI PUBBLICITA' SANITARIA ALLEGATO ALLA PRESENTE:

- DA INVIARE AI COLLEGHI:**.....
- DA INVIARE AI PROPRI PAZIENTI:**.....
- DA INVIARE (ALTRO):**.....

**DICHIARA INOLTRE**

- DI ESSERE ISCRITT.. ALL'ALBO DEI MEDICI-CHIRURGHI DI .....  
E/O ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DI .....
- ESSENDO LAUREATO IN ODONTOIATRIA [ ]
- ESSENDO LAUREATO IN MEDIC. E CHIR. [ ]

[ ] allega, se iscritto ad altro Ordine, certificato di iscrizione.

- DI ESSERE SPECIALISTA IN .....  
.....

[ ] allega, se iscritto ad altro Ordine, idonea certificazione.

- DI NON ESSERE SPECIALISTA, MA DOCUMENTA LA PROFESSIONALITA' IN.....

[ ]allega, se non già depositata o se iscritto ad altro Ordine, idonea documentazione

**- DI ESERCITARE:**

A) [ ] DA SINGOLO/A NEL PROPRIO STUDIO

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

.....  
.....

C) [ ] NELLA STRUTTURA SANITARIA AUTORIZZATA EX ART 194 T.U.LL.SS. INTESATA A SE' STESSO

D) [ ] QUALE DIRETTORE SANITARIO O RESP. TECNICO

E) [ ] PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA AUTORIZZATA

.....  
CON SEDE A .....

**CHE PRESTA SERVIZI AL SANITARIO E NON RILASCIA FATTURE AI PAZIENTI, ESSENDO LE PRESTAZIONI PROFESSIONALI FATTURATE SOLAMENTE DAL SANITARIO CON IL SUO CODICE FISCALE**

[ ] ALLEGA OPPURE

[ ] DICHIARA DI AVER GIA' DEPOSITATO PRESSO L'ORDINE:

- NEL CASO B) COPIA DEL CONTRATTO DI ASSOCIAZIONE
- NEL CASO C) COPIA AUTORIZZAZIONE EX ART. 144 T.U.LL. SS.
- NEI CASI D) ed E):

1] COPIA INTEGRALE DELL'ATTO COSTITUTIVO E DELLO STATUTO DELLA SOCIETÀ CHE PRESTA SERVIZI AL SANITARIO

2] LE GENERALITÀ DEI SANITARI CHE ESERCITANO PRESSO DETTA STRUTTURA

- DI ESSERE CONVENZIONATO/A CON L'ULSS .....

PER .....

- **Il sottoscritto dichiara inoltre che il Direttore Sanitario della Struttura Dott. .... è a conoscenza della presente richiesta di Pubblicità sanitaria e la approva.**

allegati n. ....

data.....

firma.....