

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

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Nato/a a _____ il _____

Quale DIRETTORE SANITARIO dell'istituzione sanitaria privata denominata:

con sede in _____ c.a.p. _____

Via _____ tel. _____

Indirizzo Mail: _____

In possesso dell'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio rilasciata da

_____ in data: _____

CHIEDE

Ai sensi degli artt. 4 e 5 della Legge n.175 del 5.2.1992 e successive modificazioni e nel rispetto delle prescrizioni di cui al D.M.16.9.1994 n. 657, il PARERE per l'autorizzazione ad effettuare la pubblicità sanitaria a mezzo di:

- n. ___ TARGA da apporre sull'edificio ove viene svolta l'attività, o, quando l'edificio insiste in un complesso recintato, anche sulla recinzione;
- n. ___ INSEGNA monofacciale/bifacciale/luminosa da apporre orizzontalmente, verticalmente o a bandiera sull'edificio, e, quando l'edificio insiste in un complesso recintato, anche sulla recinzione;
- n. ___ INSERZION_ sugli elenchi telefonici, sugli elenchi generali di categoria, su periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie e su giornali quotidiani e periodici d'informazioni.

Data. _____

Firma _____

MARCA DA BOLLO € 14,62

Al Signor Dirigente Regionale
Direzione per i Servizi Sanitari
Dorsoduro, 3493

30123 VENEZIA

e, per conoscenza

All'Ordine dei Medici
Chirurghi ed Odontoiatri
della Provincia di _____
Via _____

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
e residente a _____,
titolare o legale rappresentante dell'Istituzione sanitaria privata denominata

con sede in _____
Via _____ Tel. n. _____
Cod. Fisc. _____ Partita I.V.A. _____
in possesso dell'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio rilasciata da _____
il _____ n. _____;

CHIEDE

ai sensi degli artt. 4 e 5 della Legge n. 175 del 5.2.1992 e successive modificazioni e nel rispetto delle prescrizioni di cui al D.M. 16.9.1994 n. 657, l'autorizzazione ad effettuare la pubblicità sanitaria a mezzo di:

n. ___ **targa** da apporre sull'edificio ove viene svolta l'attività, o, quando l'edificio insiste in un complesso recintato, anche sulla recinzione;

n. ___ **insegna monofacciale/bifacciale/luminosa** da apporre orizzontalmente, verticalmente o a bandiera sull'edificio, e, quando l'edificio insiste in un complesso recintato, sulla recinzione;

n. ___ **inserzion** sugli elenchi telefonici, sugli elenchi generali di categoria, su periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie e su giornali quotidiani e periodici d'informazione;

nei testi di cui ai bozzetti allegati alla presente domanda.

Si precisa che:

- Direttore Sanitario della Struttura è il Dr. _____
Codice Fiscale _____, iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi
ed Odontoiatri della Provincia di _____, in data _____;

Altri medici chirurghi o odontoiatri operanti nella struttura (indicare i seguenti dati
per ciascun medico):

- Dr. _____ Cod. Fisc. _____, iscritto
all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di _____
in data _____ al n. _____,

Si allegano a completamento della presente i seguenti documenti:

- 1 Bozzetti riportanti il testo integrale dei messaggi pubblicitari e le caratteristiche
estetiche di ciascuna targa e/o insegna e/o inserzione.
- 2 Copia integrale dell'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio dell'istituzione sanitaria
privata e dei successivi provvedimenti riguardanti le variazioni intervenute;
- 3 Copia integrale dell'atto costitutivo e statuto dell'eventuale società;
- 4 Per i medici chirurghi ed odontoiatri operanti nella struttura, **iscritti ad ordini diversi
da quello di ubicazione della struttura stessa**, certificato di iscrizione all'Ordine con
titoli, recante data non anteriore a **6** mesi.

Si dichiara che copia della domanda, con relativa documentazione, è contestualmente
inviata all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di _____.

In Fede.

_____ li, _____

(firma)

NOTE ESPLICATIVE

- La domanda deve essere redatta su carta legale ed indirizzata e spedita al Signor Dirigente Regionale - Direzione per i Servizi Sanitari – Dorsoduro, 3493 - 30123 VENEZIA.
 - Copia della domanda e della documentazione, deve essere contestualmente inoltrata all'Ordine dei Medici della Provincia in cui ha sede la struttura.
 - Nell'invio della domanda originale al Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sanitari, si deve allegare riscontro dell'avvenuta spedizione all'Ordine dei Medici competente.
-

- Ogni singolo testo del messaggio pubblicitario deve contenere:
OBBLIGATORIAMENTE - Nome, Cognome e titoli professionali del medico responsabile della Direzione Sanitaria.
- E' possibile, inoltre, l'indicazione delle specifiche attività medico chirurgiche ed odontoiatriche e delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche effettivamente svolte, purché accompagnate dalla indicazione del nome, cognome e titoli professionali dei responsabili delle corrispondenti branche specialistiche.

NOTA BENE: Per i LABORATORI PRIVATI DI ANALISI CLINICHE cui il Direttore Responsabile e/o Direttore di Sezione di specialità sia un BIOLOGO o un CHIMICO, copia della domanda deve essere inviata ai rispettivi Ordini professionali, che esprimeranno il loro parere per la parte di competenza.

Copia della domanda va comunque inoltrata anche all'Ordine dei Medici della Provincia in cui ha sede il laboratorio, **qualora il laboratorio intenda pubblicizzare attività di competenza medica.**

In sostanza, nei casi succitati, la dicitura "Ordine dei Medici. Chirurghi ed Odontoiatri", riportata in diversi punti della domanda. deve intendersi sostituita o affiancata a quella di "Ordine Nazionale di Biologi" o "Ordine Nazionale dei Chimici".