

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

Il/la sottoscritto/a dott./prof./ssa

residente incap.....

Vian.tel.....

CONSAPEVOLE DELLE PRESCRIZIONI IN MATERIA DI PUBBLICITA' E INFORMAZIONE SANITARIA
CONTENUTE NEGLI ARTICOLI 55, 56 E 57 DEL VIGENTE CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA (2014),

CHIEDE

IL PARERE DI CONFORMITA' ALLE NORME DI DEONTOLOGIA SUL SEGUENTE TESTO DI PUBBLICITA' SANITARIA:

.....
.....
.....
.....

DA FAR APPARIRE SU:

- TARGA PROFESSIONALE DI CMXDA APPORRE ACCANTO ALLA PORTA DI INGRESSO DELL'EDIFICIO, SEDE DELLO STUDIO
- TARGA PROFESSIONALE DI CMXDA APPORRE SULLA RECINZIONE ESTERNA AL GIARDINO DELL'EDIFICIO OVE HA SEDE LO STUDIO. ACCANTO O SUL CANCELLO DI INGRESSO
- TARGA PROFESSIONALE DI CMXDA APPORRE **ALL'INTERNO** DELL'EDIFICIO SEDE DELLO STUDIO
- TRASFERIMENTO DELLA TARGA NELL'AMBITO DELLO STESSO COMUNE (allegare precedente autorizzazione)
- TARGA GIA' AUTORIZZATA DA INTEGRARE CON LA SEGUENTE DICITURA:
.....
(allegare precedente autorizzazione)

SITUATO NEL COMUNE DI: CAP

VIAN.....

- 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.
- EMITTENTI RADIOTELEVISIVE LOCALI (Legge. n. 112 del 3/05/2004)
Allegare alla domanda cd-rom dello spot pubblicitario in formato AVI

ALTRO

E 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 o dichiarazione sostitutiva di certificazione
DI ESSERE SPECIALISTA IN

.....

allega, se iscritto ad altro Ordine, idonea certificazione o dichiarazione sostitutiva di 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. INTESTATA A SE
STESSO

D) QUALE DIRETTORE SANITARIO O RESP. TECNICO

E) PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA AUTORIZZATA

.....

CON SEDE A

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

[] ALLEGA OPPURE

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

- NEL CASO B) COPIA DEL CONTRATTO DI ASSOCIAZIONE
- NEL CASO C) COPIA AUTORIZZAZIONE E\ 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

allegati n.

data

Firma