

data _____

Al Consiglio Direttivo dell'Ordine
dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri
Viale Europa, 34
32100 BELLUNO

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
nato/ a _____ il _____, residente a _____
in via _____ regolarmente iscritto/a a
questo Ordine, Albo _____, in possesso di

Specializzazione _____ in
_____ conseguita il _____

presso l'Università di _____

Specializzazione _____ in
_____ conseguita il _____

presso l'Università di _____

e/o di master universitario, dottorato di ricerca, titoli accademici o altri titoli come di
seguito specificato (denominazione, luogo e data di conseguimento):

titolare dello Studio _____

Direttore Sanitario della Struttura _____

sottopone all'attenzione di codesto Ordine, **per la verifica della trasparenza e controllo sulla veridicità dei messaggi pubblicitari di cui agli articoli 55, 56 e 57 del Codice di Deontologia Medica e allegate linee -guida**

il sottoriportato testo pubblicitario :

- per l'affissione di ____targa professionale all'ingresso del proprio studio medico sito _____ in Via _____ avente le dimensioni di cm. ____ x cm. ____

- per l'inserzione sugli elenchi telefonici, sugli elenchi generali di categoria, attraverso periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie e attraverso giornali quotidiani e periodici di informazione della seguente dicitura :

- per la carta intestata o ricettari personali

- per l'apertura di sito Internet (indicare i contenuti)

Distinti saluti.

Firma

Si allega autocertificazione di conformità alle norme del Codice di Deontologia Medica.

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' DEL MESSAGGIO E DEGLI STRUMENTI PUBBLICITARI ALLE NORME DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA E ANNESSE LINEE – GUIDA.

Il/La sottoscritto/a _____
dichiara, sotto la propria responsabilità, che i messaggi indicati sono conformi alle norme del Codice Deontologico e allegate linee guida e che rispondono ai criteri di veridicità e trasparenza.

Data _____

Firma
