



ORDINE  
MEDICI CHIRURGHI  
E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA  
DI BRESCIA

**All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri della Provincia di Brescia**

**DOMANDA DI VALUTAZIONE PER LA PUBBLICITA' SANITARIA  
DI STRUTTURA MONOSPECIALISTICA**

**DA COMPILARSI DA PARTE DEL MEDICO TITOLARE**

- AI SENSI DEGLI ARTICOLI N. 55 - 56 - 57 DEL CODICE DEONTOLOGICO E ALLEGATE LINEE GUIDA

**Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa**

ai sensi e per gli effetti della T.U. – DPR 28.12.2000 N. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 T.U.-DPR 28.12.2000 N. 445)

**DICHIARA:**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;

- in via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_;

- con studio sito in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_;

- cap. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_;

- di essere iscritto nell'Albo:

Medici Chirurghi con posizione n. \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_

Odontoiatri con posizione n. \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che codesta Amministrazione voglia rilasciare valutazione del seguente testo di pubblicità sanitaria:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**E a detto fine DICHIARA:**

- di essere in possesso dei seguenti titoli accademici/ carriera/ onorificenze:

---

---

---

- di aver conseguito i diplomi di specializzazione in:

---

---

- di aver conseguito i corsi di formazione in:

---

---

Tale testo potrà essere pubblicizzato secondo i criteri deontologicamente consentiti.

**ALLEGATI INDISPENSABILI:**  
**-COPIA DELLA DENUNCIA DI INIZIO ATTIVITA' GIA' DEPOSITATA PRESSO L'ASL SECONDO LA LEGGE REGIONALE N. 08/07**  
**-O COPIA AUTORIZZAZIONE SANITARIA ASL QUALORA L'AUTORIZZAZIONE FOSSE PREEESISTENTE A TALE LEGGE**

**DIMENSIONI INDICATIVE:** TARGA MURARIA (max. cm. 50 x 60) caratteri (max. cm. 8); INSEGNA (max. cm. 100 x 200); INSERZIONI SU ELENCHI TELEFONICI e altro (max. cm. 5 x 10) salvo, per le strutture complesse, diverse esigenze tipografiche concordate con l'Ordine.

**QUALORA SI DESIDERASSE DIVERSIFICARE IL TESTO A SECONDA DEL MEZZO UTILIZZATO E' NECESSARIO INDICARE OGNI TIPO DI MESSAGGIO PROPOSTO**  
**OGNI EVENTUALE SUCCESSIVA VARIAZIONE NECESSITA DI NUOVO PROCESSO VALUTATIVO**

***L'Ordine si riserva di verificare la veridicità delle dichiarazioni rese***

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**CONSENSO RELATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
ai sensi della legge D.lgs 196/2003, concernente "La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

**ESPRIME IL SUO CONSENSO E AUTORIZZA**

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri al trattamento dei suoi dati personali da parte degli uffici preposti, ivi compresa la pubblicazione sull'Albo e sul sito internet dell'Ordine di altri dati non obbligatori.

FIRMA \_\_\_\_\_

Spazio riservato alla Segreteria

L'incaricato, ai sensi dell'art. 30 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445

**ATTESTA**

che il/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

identificato con documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve la dichiarazione

Brescia li, \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:**

- Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.
- L'istanza se presentata direttamente dall'interessato deve essere sottoscritta in presenza del funzionario addetto alla ricezione, in caso contrario alla stessa va allegata copia di documento di identità (art. 38 Co 3° T.U. – D.P.R. 445/2000)