



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 COMPLESSA (POLIAMBULATORIO)

DA COMPILARSI DA PARTE DEL DIRETTORE SANITARIO DELLA STRUTTURA

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

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

Direttore sanitario della struttura denominata

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 struttura sita 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:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Tale testo potrà essere pubblicizzato secondo i criteri deontologicamente consentiti.

SI RICORDA CHE PER OGNI SPECIALITÀ È NECESSARIO INDICARE IL MEDICO RESPONSABILE ED IL RELATIVO TITOLO.

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 PREESISTENTE 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 TESTO 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 Sig./Sig.ra/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 lì, _____

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)

SI RICORDA CHE, AI SENSI DELL'ART. N. 69 DEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO,

IL SANITARIO CHE ASSUME LA DIREZIONE SANITARIA E' TENUTO A DARNE COMUNICAZIONE ALL'ORDINE DI COMPETENZA

ANALOGAMENTE AVVIENE QUANDO VI E' UNA RINUNCIA ALLA STESSA DIREZIONE SANITARIA