



**QUESTO MODULO E' SOGGETTO A REVISIONE CONTINUA DI QUALITA'
PERTANTO SONO GRADITE PROPOSTE DI MODIFICA**



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Latina
Piazza A. Celli, 3 - 04100 Latina Tel 0773/693665 - Fax 0773/489131 - email info@ordinemedicilatina.it

**DOMANDA DI VERIFICA DELLA PUBBLICITA' INFORMATIVA
SOGGETTA AD AUTORIZZAZIONE COMUNALE (TARGA)
(studio singolo o associato)**

Imposta di bollo

Al Sindaco del Comune di

tramite l'Ordine dei Medici C. e O. di Latina

Il/La sottoscritto/a Dottore/ssa

Cognome

Nome

residente a

prov

cap

in Via/Piazza

civ

telefono

studio sito in Via/Piazza

civ

comune

prov

cap

numero telefonico studio

Iscritto all'Albo

Medici Chirurghi

Oppure

Odontoiatri

della provincia di:

al n° di posizione:

chiede in base alla normativa vigente

la verifica preventiva del messaggio di pubblicità informativa con le seguenti tipologie e caratteristiche estetiche:

Affissione di targa muraria cm X h caratteri cm

(N.B. Dimensioni massime 3000cmq ovvero 50 x 60 con caratteri a stampatello di grandezza non superiore a cm 8)

Presenza del simbolo rappresentativo della professione medica

SI

NO

**DOMANDA DI VERIFICA DELLA PUBBLICITA' INFORMATIVA
SOGGETTA AD AUTORIZZAZIONE COMUNALE (TARGA)
(studio singolo o associato)**

Contenuti del messaggio

- Dichiaro di avere preso atto delle istruzioni dell'Ordine per una corretta pubblicità informativa e mi impegno a uniformare il mio messaggio alle direttive contenute.
- IN CASO DI TITOLI: Assicuro, sotto la mia personale responsabilità, che i titoli indicati sono da me effettivamente posseduti e sono da me allegati in copia se non ancora depositati presso l'Ordine.
- IN CASO DI SPECIFICHE PRATICHE E COMPETENZE: Assicuro, sotto la mia personale responsabilità, che le competenze indicate sono da me effettivamente possedute sia per la formazione acquisita sia per il possesso delle attrezzature necessarie. Allego lo specifico curriculum formativo e l'elenco delle attrezzature possedute.
- Dichiaro di esercitare la professione sulla base dei titoli/pratiche/competenze oggetto del messaggio informativo in uno studio attrezzato allo scopo e di avere messo in atto tutte le precauzioni e gli interventi nella struttura per garantire la sicurezza dei pazienti e il decoro della professione.
- Dichiaro che riporterò sul messaggio pubblicitario il numero e la data dell'autorizzazione rilasciata dal sindaco.
- Autorizzo il trattamento dei miei dati sopra riportati ai sensi del Decreto legislativo n. 196/2003.

Io sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiaro che tutte le informazioni riportate su questo modulo corrispondono al vero.

Latina,

firma

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI LATINA

Questo Ordine, esaminata la presente richiesta, esprime parere:

Favorevole

Sfavorevole per i seguenti motivi:

TRASPARENZA

VERIDICITA'

ALTRO

Latina,

Il Presidente