CERTIFICATO N° 6644

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
€ 16.00

Al Sindaco del Comune di

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

Il/La sottoscritto/a Dottore/ssa

Cognome

Nome

codice fiscale

residente a prov cap

in Via/Piazza civ

telefono

Iscritto all'Albo Medici Chirurghi ☐ Oppure Odontoiatri ☐

della provincia di: al n° di posizione:

NB Se studio associato completare con gli altri nominativi e indicare il rappresentante. Se occorre riportare altri nominativi utili una copia del presente foglio

Cognome

Nome

codice fiscale

residente a prov cap

in Via/Piazza civ

telefono

Iscritto all'Albo Medici Chirurghi ☐ Oppure Odontoiatri ☐

della provincia di: al n° di posizione:

con studio sito in Via/Piazza civ

comune prov cap

numero telefonico studio

Ogni Vostra comunicazione dovrà essere inviata al seguente recapito:

città cap

via

chiede/chiedono in base alla normativa vigente

- ☐ Affissione di targa muraria cm ☐☐☐ X ☐☐☐ h caratteri cm ☐☐☐

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

Presenza del simbolo rappresentativo della professione medica SI NO

Contenuti del messaggio

☐Dichiaro di avere comunicato l'esercizio dell'attività al Dipartimento di Prevenzione della Azienda USL Latina e allego copia oppure se studio soggetto ad autorizzazione regionale, allego relativa documentazione.

☐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.

☐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.

Data,

firma

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI LATINA

Questo Ordine, esaminata la presente richiesta, esprime parere:

☐ Favorevole

TESTO APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. DEL

☐ Sfavorevole per i seguenti motivi:

- ☐ TRASPARENZA
- ☐ VERIDICITA'
- ☐ ALTRO

Latina,

Il Presidente