All. PGPUBWEB01

**AL PRESIDENTE**

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E

**DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA**

**DI XXX.**

II sottoscritto/a Dott./Prof./......……………………........................…….......................................

Residente in……………………………………….…….……...………… c.a.p……………….……

Via …………………………………………………………...……. n. ………... tel…………………

CONSAPEVOLE DELLE PRESCRIZIONI IN MATERIA DI PUBBLICITA’ E INFORMAZIONE SANITARIA CONTENUTE NEGLI ARTICOLI 54, 55, 56 E 57 DEL VIGENTE CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA (2014),

**PREMESSO:**

DI ESSERE ISCRITTO: ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DI…………………………….

ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DI .....................................…….

DI AVER CONSEGUITO:

LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA [ ]

LAUREA IN ODONTOIATRIA [ ]

DI ESSERE SPECIALISTA IN ………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………….

DI ESSERE IN POSSESSO DI “PROFESSIONALITÁ” IN:

…………………………………………………………………………………………………………….

**DI ESERCITARE**

A) [ ] DA SINGOLO/A NEL PROPRIO STUDIO

B) [ ] DA ASSOCIATO/A IN UNO STUDIO PROFESSIONALE CON I COLLEGHI:

C) [ ] NELLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA O PRIVATA:

D) [ ] COME DIRETTORE SANITARIO NELLA STRUTTURA SANITARIA PRIVATA DENOMINATA:

(specificare nei casi B,C,D,E)

…………………………………………………………………………………………………………….

COMUNICA

**Di attivare / aver attivato il sito web (specificare nome dei sito) …………………………………….**

contenente informazione sanitaria.

**Dichiara sotto la propria responsabilità** che il contenuto del sito è conforme alle

prescrizioni che precedono e che si impegna di continuare a rispettarle anche per il futuro.

* **Il sottoscritto dichiara inoltre che il Direttore Sanitario della Struttura Dott. …………………………………………. è a conoscenza della presente richiesta di Pubblicità sanitaria e la approva.**

data firma

……………………. …………………………………………………….