

**Domanda di valutazione preventiva della pubblicità sanitaria a fini autorizzativi**

**CONSIGLIO ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA.**

Il sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76  
T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445) sotto la propria responsabilità

**DICHIARA:**

- di essere nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- di essere residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail\* \_\_\_\_\_ PEC\* \_\_\_\_\_

*(\*da indicare obbligatoriamente)*

con studio sito in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Tel. Studio \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

- di essere iscritto nell'albo:

**Medici chirurghi** con posizione n. \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_

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

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

di aver conseguito il diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_

di avere esercitato/ di esercitare, ai sensi dell'art. 1, comma 4° della legge 175/92, la disciplina specialistica in

..... dal .....al.....

Presso .....

.....

.....

.....

.....

**CHIEDE**

Che codesto Ordine voglia esprimere il proprio nulla osta in merito al seguente testo pubblicitario: **(1) (2)**

---

---

---

---

---

---

Tale testo verrà pubblicizzato a mezzo:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

---

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA.**  
*(Riservato ai Dipendenti)*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo  
30 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445, che il/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
identificato/a a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza  
l'istanza.

DATA \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

\_\_\_\_\_

## NOTE

(1) Il testo può contenere solo le seguenti indicazioni:

- a) nome, cognome, indirizzo, numero telefonico ed eventuale recapito del professionista e orario delle visite o di apertura al pubblico;
- b) titoli di studio, titoli accademici, titoli di specializzazione e di carriera, senza abbreviazioni che possano indurre in equivoco;
- c) onorificenze concesse e riconosciute dallo Stato.

L'uso della qualifica di specialista è consentito soltanto a coloro che abbiano conseguito il relativo diploma ai sensi della normativa vigente. E' vietato l'uso dei titoli, compresi quelli di specializzazione conseguiti all'estero, se non riconosciuti dallo Stato. Il medico non specialista può fare menzione della particolare disciplina specialistica che esercita, con espressioni che ripetano la denominazione ufficiale della specialità e che non inducano in errore o equivoco sul possesso del titolo di specializzazione.

(2) Nel caso si voglia pubblicizzare il rapporto di Convenzione che intercorre con il S.S.N., la dicitura che può essere indicata è la seguente "Medico di Medicina Generale convenzionato con il S.S.N." oppure "Pediatra di libera scelta convenzionato con il S.S.N.".

Nel caso si voglia pubblicizzare un'Associazione Professionale è necessario allegare alla domanda copia conforme all'originale dell'Atto Costitutivo.

Marca da Bollo

€16,00

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICITÀ SANITARIA  
ai sensi dell'art. 2 della legge 5 febbraio 1992 n. 175 e del decreto  
ministeriale 16 settembre 1994, n. 657**

AL SINDACO DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76  
T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445) sotto la propria responsabilità

**DICHIARA:**

- di essere nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- di essere residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail\* \_\_\_\_\_ PEC\* \_\_\_\_\_  
*(\*da indicare obbligatoriamente)*

con studio sito in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Tel. Studio \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

- di essere iscritto nell'albo:

**Medici chirurghi** con posizione n. \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_

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

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

di aver conseguito il diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_

di avere esercitato/ di esercitare, ai sensi dell'art. 1, comma 4° della legge 175/92, la disciplina specialistica in  
..... dal ..... al.....

Presso .....

.....

.....

.....

.....

.....

**CHIEDE**

Che codesto Ordine voglia esprimere il proprio nulla osta in merito al seguente testo pubblicitario: **(1) (2)**

---

---

---

---

---

---

Tale testo verrà pubblicizzato a mezzo:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

---

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA.**

Concesso il nulla osta ex art. 2 Legge 05/02/1992 n. 175 in data \_\_\_\_\_

IL PRESIDENTE  
(Dott.ssa Verena De Angelis)

\_\_\_\_\_