

**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**

(INOLTRATA ALL'ORDINE PROVINCIALE OVE IL SANITARIO E' ISCRITTO OVVERO PRESSO L'ORDINE DELLA PROVINCIA IN CUI INTENDE DIFFONDERE IL MESSAGGIO PUBBLICITARIO)

**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.....  
per complessive ore settimanali .....presso\* .....

*(\*indicare la struttura sanitaria o l'istituzione privata di cui all'art. 43 della legge 23 dicembre 1978 n. 833)*

**CHIEDE**

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

---

---

---

---

---

---

Tale testo verrà pubblicizzato a mezzo:

TARGA MURARIA **(3) (4)** delle seguenti dimensioni (max cm. 50 x 60)  
\_\_\_\_\_

caratteri delle seguenti dimensioni (max cm. 8) \_\_\_\_\_

INSERZIONI:  
 - ELENCHI TELEFONICI **(5)**  
Delle seguenti dimensioni (max cm. 5 x 10) \_\_\_\_\_

- GIORNALI, QUOTIDIANI E PERIODICI DI INFORMAZIONE

RICETTARIO

\_\_\_\_\_

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, quando abbia svolto attività professionale nella disciplina medesima per un periodo almeno paria alla durata legale del relativo corso universitario di specializzazione presso strutture sanitarie o istituzioni private a cui si applicano le norme, in tema di autorizzazione e vigilanza, di cui all'art. 43 della legge 23.12.1978, n.833 (case di cura private, ecc.). L'attività svolta e la sua durata devono essere comprovate mediante attestato rilasciato dal responsabile sanitario della struttura o istituzione. Tale attestato va depositato presso l'Ordine.

(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 "Pediatria 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.

(3) TARGA: Le dimensioni massime della targa stabilite dal D.M. n.657/1994 sono cm. 50x60. Sono fatte salve le disposizioni del Regolamento Comunale che prevedano dimensioni massime inferiori a quelle sopra indicate. I caratteri debbono essere "a stampatello" e di grandezza non superiore a cm. 8.

(4) Quando l'edificio insiste in un complesso recintato, le targhe possono essere apposte sulla recinzione.

(5) PAGINE GIALLE O ELENCHI TELEFONICI: Le inserzioni non possono occupare uno spazio superiore a 50 centimetri quadrati (di norma cm. 5x10). Debbono avere carattere e colore tipografico conformi a quelli normalmente usati. Non possono contenere riquadrati e sottolineature volti ad evidenziare il testo dell'inserzione medesima, Debbono riportare il testo autorizzato con esclusione di qualsiasi grafico, disegno o figura ad eccezione del simbolo rappresentativo della professione. Devono riportare il numero e la data dell'autorizzazione rilasciata dal comune o dalla regione.

**DICHIARAZIONE ATTIVITÀ ESERCITATA**  
**e/o**  
**CONTESTUALE DOMANDA AUTORIZZAZIONE PUBBLICITÀ INTERNET**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
titolare/cotitolare/direttore/sanitario/dello studio/ambulatorio \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter inserire nelle informazioni con cui pubblicizzo la mia attività le seguenti dizioni

- a) specialista in \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_ ( <sup>1</sup> )

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

**DICHIARA**

\_\_\_\_\_ ( <sup>2</sup> )  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( <sup>3</sup> )  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445, che il Dott. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

**DATA** \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve la dichiarazione

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Indicare la disciplina o pratica (ad es. implantologia, ecografia, medicina legale o simili) che si intende pubblicizzare

<sup>2</sup> Per il punto a) : di essere possessore di diploma di specializzazione/ ovvero di aver seguito un corso equipollente/ ovvero altre fattispecie analoghe.

<sup>3</sup> Per il punto b): ovvero di aver acquisito pluriennale esperienza in materia/ ovvero di aver seguito corsi specifici/ ovvero altre fattispecie analoghe



**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.....

per complessive ore settimanali .....presso\* .....

*(\*indicare la struttura sanitaria o l'istituzione privata di cui all'art. 43 della legge 23 dicembre 1978 n. 833)*

**CHIEDE**

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

---

---

---

---

---

---

Tale testo verrà pubblicizzato a mezzo:

TARGA MURARIA **(3) (4)** delle seguenti dimensioni (max cm. 50 x 60)  
\_\_\_\_\_

caratteri delle seguenti dimensioni (max cm. 8) \_\_\_\_\_

INSERZIONI:  
 - ELENCHI TELEFONICI **(5)**  
Delle seguenti dimensioni (max cm. 5 x 10) \_\_\_\_\_

- GIORNALI, QUOTIDIANI E PERIODICI DI INFORMAZIONE

RICETTARIO

\_\_\_\_\_

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)

\_\_\_\_\_