

**RICHIESTA VERIFICA MESSAGGIO PUBBLICITARIO
(STUDIO MEDICO)**

**Al Presidente dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri della
Provincia di PESARO-URBINO**

Il sottoscritto dott. _____
nato a _____ il _____ titolare dello studio medico sito in
_____ alla Via _____ n. ____ Tel. _____
partita IVA _____ ASL _____ Distretto n. _____
autorizzato all'esercizio e funzionamento con decreto del Sindaco di _____
protocollo n. _____ del _____,
iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi di Codesto Ordine (n. iscriz. _____)
specialista in _____
residente in _____ alla Via _____ n. _____
codice fiscale _____

CHIEDE

ai sensi del decreto legge 223/2006 e della legge di conversione 248/2006 la verifica, ai fini
della trasparenza e veridicità, del seguente testo pubblicitario:

Il suddetto testo sarà utilizzato su:

• **Targa muraria**

Sita nel comune di _____ Via _____ n. _____

Dimensioni: cm. _____ x cm. _____

Materiale: _____

Colore: _____

• **Inserzione elenco telefonico**

Dimensioni cm. _____ X cm _____

Colore caratteri: _____

• **Inserzione Pagine Gialle / SEAT e similari**

Dimensioni cm. _____ X cm _____

Colore caratteri: _____

• **Inserzioni su Giornali e Periodici**

Dimensioni cm. _____ X cm. _____

Colore caratteri: _____

• **Sito internet** _____

• **Altri mezzi** _____

Il sottoscritto dichiara che il messaggio pubblicitario è conforme alle norme del Codice di Deontologia e a quanto previsto nelle Linee-Guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice stesso

In fede

_____ li, _____

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PESARO-URBINO

PARERE FAVOREVOLE

Data _____

Il Presidente