

Domanda di valutazione preventiva della pubblicità sanitaria a fini autorizzativi

CONSIGLIO ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TERNI.

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

..... dalal.....

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 CHIRURGH
E DEGLI ODONTOIATRI DI TERNI.**
(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
