

**- PUBBLICITA' DELL'INFORMAZIONE SANITARIA -**

**AL PRESIDENTE  
ORDINE MEDICI CHIRURGHI e ODONTOIATRI di PESCARA**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

iscritto nell'ALBO dei MEDICI e/o ODONTOIATRI della PROVINCIA di \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ @: \_\_\_\_\_

**PRESA VISIONE** del Codice di Deontologia Medica,

**COMUNICA di voler esporre:**

**1) TARGA PROFESSIONALE**

*di fattura compatta; non luminosa; senza alcun grafico;*

*caratteri a stampatello cm. \_\_\_\_\_ (max: 8cm.)*

*dimensioni: cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_ (max: 50 x 60);*

c/o Studio sito a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Testo: "" "" \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

“Verifica ORDINE ME/OD – PE n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_”

**DICHIARA sotto la sua personale responsabilità la conformità del messaggio pubblicitario, degli strumenti e dei mezzi utilizzati alle norme del Codice di Deontologia Medica**

**e di essere consapevole che la targa da apporre dovrà essere conforme alle disposizioni previste dal regolamento edilizio urbano del Comune in cui è sito lo studio ed al quale CHIEDERA' RELATIVA AUTORIZZAZIONE.**

*In attesa di conoscere l'esito della verifica al testo su riportato, porge distinti saluti.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_