

**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)

**Al Consiglio dell' ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
Isernia**

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15) sotto la propria responsabilità DICHIARA:

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

- di essere residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

- con studio sito in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ ;

- di essere iscritto nell'albo:

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

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

Annotazione ex art. 5 legge 24 luglio 1985, n. 409

- 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 50)

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

Inserzioni su elenchi telefonici (5) delle seguenti dimensioni (max cm. 5 x 10)

\_\_\_\_\_

Ricettario

Il sottoscritto dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità che i locali dove esercita l'attività professionale non configurano un ambulatorio ma studio.

DATA

FIRMA

.....

.....

---

**ORDINE PROVINCIALE DEI  
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
di Isernia**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato,  
ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 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

.....