



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI SAVONA**

17100 SAVONA – Piazza Simone Weil – Tel. 019.82.64.27 – Fax 019.81.10.36  
E-mail: [ordinemedicisavona@omceosv.it](mailto:ordinemedicisavona@omceosv.it) Web: <http://www.omceosv.it>

**DOMANDA DI VERIFICA DELLA PUBBLICITA' INFORMATIVA**

(Elenchi telefonici, giornali, quotidiani e periodici, carta intestata, fogli di ricettario, biglietti da visita, volantini informativi e depliant pubblicitari, emittenti radio-televisive, internet)

All'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Savona

Il/La sottoscritto/a Dott. ....

ALBO MEDICI N° .....

ALBO ODONTOIATRI N° .....

**COMUNICA**

Di voler diffondere un messaggio informativo utilizzando:

Elenchi telefonici (specificare quali) : .....

(dim.max 50 cmq ovvero 5x10 con caratteri conformi a quelli normalmente usati e senza quadri o sottolineature)

Testo del messaggio:

Giornali e quotidiani (specificare quali): .....

Testo del messaggio (oppure allegare il testo)

Periodici (specificare quali): .....

Testo del messaggio (oppure allegare il testo)

Carta intestata

Biglietti da visita

Volantini informativi

Depliant

Testo del messaggio (oppure allegare un campione)



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI SAVONA**

17100 SAVONA – Piazza Simone Weil – Tel. 019.82.64.27 – Fax 019.81.10.36  
E-mail: [ordinemedicisavona@omceosv.it](mailto:ordinemedicisavona@omceosv.it) Web: <http://www.omceosv.it>

\* Emittenti radio

(indicare le emittenti, le date e gli orari di trasmissione)

\* Emittenti televisive

(indicare le emittenti, le date e gli orari di trasmissione)

*\*L'Ordine si riserva di richiedere, se necessario, la registrazione delle trasmissioni*

Altro

Di avere attivato e di gestire un proprio sito internet di pubblicità informativa registrato al seguente dominio (nazionale italiano o della Unione Europea)

Il sito contiene:

Il seguente nominativo, denominazione o ragione sociale:

Il seguente domicilio o sede legale:

La seguente dizione relativa all'Ordine di iscrizione, Albo di appartenenza e n. d'iscrizione:



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI SAVONA**

17100 SAVONA – Piazza Simone Weil – Tel. 019.82.64.27 – Fax 019.81.10.36  
E-mail: [ordinemedicisavona@omceosv.it](mailto:ordinemedicisavona@omceosv.it) Web: <http://www.omceosv.it>

I seguenti estremi relativi alla laurea, all'abilitazione e all'Università che li ha rilasciati:

Il seguente numero di partita IVA (in caso di esercizio di attività soggetta ad imposta):

Altra pubblicità

- 
- Dichiaro di avere preso atto delle istruzioni dell'Ordine per una corretta pubblicità informativa e mi impegno a uniformare il mio messaggio alle direttive contenute.
  - IN CASO DI TITOLI: assicuro, sotto la mia personale responsabilità, che i titoli indicati sono da me effettivamente posseduti e sono da me allegati in copia se non ancora depositati presso l'Ordine.
  - IN CASO DI SPECIFICHE PRATICHE E COMPETENZE: Assicuro, sotto la mia personale responsabilità, che le competenze indicate sono da me effettivamente possedute sia per la formazione acquisita sia per il possesso delle attrezzature necessarie. Allego lo specifico curriculum formativo e l'elenco delle attrezzature possedute.
  - Dichiaro di esercitare la professione sulla base dei titoli/pratiche/competenze oggetto del messaggio informativo in uno studio attrezzato allo scopo e di avere messo in atto tutte le precauzioni e gli interventi nella struttura per garantire la sicurezza dei pazienti e il decoro della professione.
  - Autorizzo il trattamento dei miei dati sopra riportati ai sensi del Decreto legislativo n. 196/2003.

**Io sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiaro che tutte le informazioni riportate su questo modulo corrispondono al vero.**

Data .....

Firma .....



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI SAVONA**

17100 SAVONA – Piazza Simone Weil – Tel. 019.82.64.27 – Fax 019.81.10.36  
E-mail: [ordinemedicisavona@omceosv.it](mailto:ordinemedicisavona@omceosv.it) Web: <http://www.omceosv.it>

Questo Ordine, esaminata la presente richiesta, esprime parere:

Favorevole

Sfavorevole

- Elenchi telefonici
- Giornali e quotidiani
- Periodici
- Carta intestata
- Biglietti da visita
- Volantini informativi
- Depliant
- Emittenti radio
- Emittenti televisive

- Elenchi telefonici
- Giornali e quotidiani
- Periodici
- Carta intestata
- Biglietti da visita
- Volantini informativi
- Depliant
- Emittenti radio
- Emittenti televisive

**Per i seguenti motivi:**

TRASPARENZA

VERIDICITA'

ALTRO

Data

IL PRESIDENTE

Dr. Luca Corti