



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

17100 SAVONA – Piazza Simone Weil 40 – 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 TRAMITE TARGA**  
(Studio singolo o associato)

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

Il/La sottoscritto/a Dott. ....  
residente a ..... Prov. .... CAP .....  
Via/Piazza ..... Tel. ....  
Con STUDIO sito in Via/Piazza .....  
Comune ..... Prov. .... CAP .....  
Nr. Telefonico studio .....  
Iscritto all'Albo ..... della provincia di ..... al N°.....

**Chiede in base alla normativa vigente**

La verifica preventiva del messaggio di pubblicità informativa con le seguenti tipologie e caratteristiche estetiche, in rispondenza alle norme previste dal Codice di Deontologia medica vigente:

Dimensione (max 50x60 cm) .....  
Materiale .....

**Contenuti del messaggio**



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

17100 SAVONA – Piazza Simone Weil 40 – Tel. 019.82.64.27 – Fax 019.81.10.36  
E-mail: [ordinemedicisavona@omceosv.it](mailto:ordinemedicisavona@omceosv.it) Web: <http://www.omceosv.it>

- 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

Questo Ordine, esaminata la presente richiesta, esprime parere

Favorevole

Sfavorevole per i seguenti motivi

TRASPARENZA

VERIDICITA'

ALTRO

Data .....

IL PRESIDENTE  
Dr. Luca Corti