

**DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'**  
**(MEDICO E ODONTOIATRA)**

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
iscritto all'Albo \_\_\_\_\_ (n. \_\_\_\_\_) di codesto Ordine

**DICHIARA**

che il contenuto del testo pubblicitario, ai sensi del decreto legge 223/2006 e della legge di conversione 248/2006, è conforme alla Linea-guida approvata dalla FNOMCeO allegata alla presente dichiarazione ed agli articoli 55, 56 e 57 (Pubblicità e informazione sanitaria) del vigente Codice di Deontologia Medica.

Il messaggio pubblicitario comparirà su:

**Targa muraria**

Sita nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Insegna**

Sita nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Inserzione elenco telefonico**

della Provincia di \_\_\_\_\_

**Inserzione Pagine Gialle/SEAT e similari**

della Provincia di \_\_\_\_\_

**Inserzioni sui seguenti Giornali e Periodici**

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

**Sito Internet**

\_\_\_\_\_

**Altri mezzi**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

In fede

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'**  
**(STRUTTURE SANITARIE MEDICHE E ODONTOIATRICHE)**

Al Presidente dell'Ordine dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri della  
Provincia di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, nella sua qualità di legale rappresentante della struttura sanitaria denominata:

\_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
partita IVA \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Distretto n. \_\_\_\_\_  
autorizzata all'esercizio e funzionamento con decreto del Sindaco di \_\_\_\_\_  
protocollo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ non accreditata/accreditata con il SSN con decreto  
prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per le branche:

\_\_\_\_\_

Direttore Sanitario dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, medico chirurgo/odontoiatra, iscritto all'Albo professionale dei  
\_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_  
specialista in \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che il contenuto del testo pubblicitario, ai sensi del decreto legge 223/2006 e della legge di  
conversione 248/2006, è conforme alla Linea-guida approvata dalla FNOMCeO allegata alla presente  
dichiarazione ed agli articoli 55, 56 e 57 (Pubblicità e informazione sanitaria) del vigente Codice di  
Deontologia Medica.

Il messaggio pubblicitario comparirà su:

**Targa muraria**

Sita nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Insegna**

Sita nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Inserzione elenco telefonico**

della Provincia di \_\_\_\_\_

**Inserzione Pagine Gialle/SEAT e similari**

della provincia di \_\_\_\_\_

**Inserzioni sui seguenti Giornali e Periodici**

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

**Sito internet**

\_\_\_\_\_

**Altri mezzi**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

In fede

Firma \_\_\_\_\_

**RICHIESTA VERIFICA MESSAGGIO PUBBLICITARIO  
(STUDIO MEDICO)**

Al Presidente dell'Ordine dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri della  
Provincia di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, titolare dello studio medico sito in \_\_\_\_\_, in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
partita IVA \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Distretto n. \_\_\_\_\_  
autorizzato all'esercizio e funzionamento con decreto del Sindaco di \_\_\_\_\_  
protocollo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi di Codesto Ordine (n. iscriz. \_\_\_\_\_)  
specialista in \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi del decreto legge 223/2006 e della legge di conversione 248/2006 la verifica, ai fini della  
trasparenza e veridicità, del seguente testo pubblicitario:

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

Il suddetto testo sarà utilizzato su:

**Targa muraria**

Sita nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Dimensioni: cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Materiale: \_\_\_\_\_

Colore: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara che l'edificio su cui sarà apposta la targa non è sottoposto ad alcun vincolo da parte della  
Soprintendenza per i beni ambientali ed architettonici e che il regolamento condominiale consente l'apposizione della  
targa di cui trattasi.

Firma \_\_\_\_\_

**Insegna**

Sita nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Dimensioni: cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Materiale: \_\_\_\_\_

Colore: \_\_\_\_\_

**Inserzione elenco telefonico**

Dimensioni cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Colore caratteri: \_\_\_\_\_

**Inserzione Pagine Gialle/SEAT e similari**

Dimensioni cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Colore caratteri: \_\_\_\_\_

**Inserzioni su Giornali e Periodici**

Dimensioni cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Colore caratteri: \_\_\_\_\_

**Sito internet**

---

**Altri mezzi**

---

Firma \_\_\_\_\_

**RICHIESTA VERIFICA MESSAGGIO PUBBLICITARIO  
(STUDIO ODONTOIATRICO)**

Al Presidente dell'Ordine dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri della  
Provincia di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, titolare dello studio odontoiatrico sito in \_\_\_\_\_,  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
partita IVA \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Distretto n. \_\_\_\_\_  
autorizzato all'esercizio e funzionamento con decreto del Sindaco di \_\_\_\_\_  
protocollo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
iscritto all'Albo professionale degli Odontoiatri di codesto Ordine (n. iscriz. \_\_\_\_\_)  
specialista in \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi del decreto legge 223/2006 e della legge di conversione 248/2006 la verifica, ai fini della  
trasparenza e veridicità, del seguente testo pubblicitario:

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

Il suddetto testo sarà utilizzato su:

**Targa muraria**

Sita nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Dimensioni: cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Materiale: \_\_\_\_\_

Colore: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara che l'edificio su cui sarà apposta la targa non è sottoposto ad alcun vincolo da parte della  
Soprintendenza per i beni ambientali ed architettonici e che il regolamento condominiale consente l'apposizione della  
targa di cui trattasi.

Firma \_\_\_\_\_

**Insegna**

Sita nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Dimensioni: cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Materiale: \_\_\_\_\_

Colore: \_\_\_\_\_

**Inserzione elenco telefonico**

Dimensioni cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Colore caratteri: \_\_\_\_\_

**Inserzione Pagine Gialle/SEAT e similari**

Dimensioni cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Colore caratteri: \_\_\_\_\_

**Inserzioni su Giornali e Periodici**

Dimensioni cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Colore caratteri: \_\_\_\_\_

**Sito internet**

---

**Altri mezzi**

---

Firma \_\_\_\_\_

**RICHIESTA VERIFICA MESSAGGIO PUBBLICITARIO  
(STRUTTURE SANITARIE MEDICHE E ODONTOIATRICHE)**

Al Presidente dell'Ordine dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri della  
Provincia di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, nella sua qualità di legale rappresentante della struttura sanitaria denominata:

\_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
partita IVA \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Distretto n. \_\_\_\_\_  
autorizzata all'esercizio e funzionamento con decreto dei Sindaco di \_\_\_\_\_  
protocollo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ non accreditata/accreditata con il  
SSN con decreto prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per le branche:

\_\_\_\_\_

Direttore Sanitario dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ medico chirurgo/odontoiatra, iscritto all'Albo professionale dei/gli  
\_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_  
specialista in \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi del decreto legge 223/2006 e della legge di conversione 248/2006 la verifica, ai fini della  
trasparenza e veridicità, del seguente testo pubblicitario:

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

Il suddetto testo sarà utilizzato su:

**Targa muraria**

Sita nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Dimensioni: cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Materiale: \_\_\_\_\_

Colore: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara che l'edificio su cui sarà apposta la targa non è sottoposto ad alcun vincolo da parte della Soprintendenza per i beni ambientali ed architettonici e che il regolamento condominiale consente l'apposizione della targa di cui trattasi.

Firma \_\_\_\_\_

**Insegna**

Sita nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Dimensioni: cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Materiale: \_\_\_\_\_

Colore: \_\_\_\_\_

**Inserzione elenco telefonico**

Dimensioni cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Colore caratteri: \_\_\_\_\_

**Inserzione Pagine Gialle/SEAT e similari**

Dimensioni cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Colore caratteri: \_\_\_\_\_

**Inserzioni su Giornali e Periodici**

Dimensioni cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_

Colore caratteri: \_\_\_\_\_

**Sito internet**

**Altri mezzi**

Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

Firma del Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

Oggetto: Comunicazione di informazione tramite siti internet

ALL'ORDINE DEI MEDICI C. e O.  
della Provincia di Livorno  
Via Michon, 8 – 57126 Livorno  
fax 0586-897627  
e-mail: [info@medicilivorno.it](mailto:info@medicilivorno.it)

Il sottoscritto Dott..... comunica di aver messo in rete un proprio sito personale all'indirizzo:..... e DICHIARA sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, che le pagine in esso contenute sono conformi alle linee-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegate al vigente Codice Deontologico ed ai principi dell'HONCode (criteri di qualità dell'informazione sanitaria in rete).

Data.....

Firma.....