AL PRESIDENTE DELL'ORDINE
PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI
BENEVENTO

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa……………………………………………………………………

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art.76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n.445) sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

- ❑ di essere nato/a………………………………….. il…………………………………….
- ❑ di essere iscritto all'Albo:…………………………………………….dal……………….Provincia di………………………………………………………………………..
- ❑ con Studio sito in……………………..Via……………………………………n……………. Tel………………………………Cap…………………

C H I E D E

Il nulla osta per effettuare la pubblicità sanitaria attraverso Internet allegando la seguente documentazione:

1. copia del documento di registrazione del sito;
2. copia delle singole pagine di cui si compone il sito stampata a colori e su supporto magnetico;
3. segnalazione della presenza di eventuali filmati;
4. comunicazione della password rilasciata ai fini dell'accesso all'eventuale zona del sito riservata ai professionisti;
5. dichiarazione autografa di conformità del sito ai contenuti del presente Regolamento;
6. AUTOCERTIFICAZIONE di conformità del sito ai contenuti della linea guida approvata dall'Ordine il 7 marzo 2007.

Data……………………………. (*)Firma……………………………………………

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt.30 e 38 DPR28/12/2000 N.445)

°°°

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BENEVENTO

L'identità personale è stata accertata a mezzo……………………………………………………..
n………………………..rilasciato il………………………..da……………………………………

Data……………………

FIRMA DEL LEGALIZZANTE
(qualifica professionale C1/B2)

……………………………………………..