

**RICHIESTA DI VERIFICA AL MESSAGGIO PUBBLICITARIO  
(STRUTTURE SANITARIE MEDICHE ED ODONTOIATRICHE)**

**Al Presidente dell'Ordine dei  
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della Provincia di Benevento**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, nella sua qualità di legale rappresentante della struttura sanitaria denominata:  
sita in \_\_\_\_\_, alla 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 \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Ai sensi del DL 223/2006 e della legge di conversione n° 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: (compilare ed allegare anche modello di richiesta pubblicità sito internet)**

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

**Altri mezzi:**

Dimensioni cm. \_\_\_\_\_ X cm. \_\_\_\_\_

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

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

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