

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

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

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
il _____, titolare dello studio odontoiatrico sito in _____, alla
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. iscr.....)
Specialista in _____
Residente in _____ alla Via _____ n° _____
Codice Fiscale _____

C H I E D E

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