

**DICHIARAZIONE IN TEMA DI INFORMAZIONE SANITARIA  
AI SENSI DEGLI ARTT. 55, 56 E 57 DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA  
STUDI**

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

**OGGETTO: dichiarazione in tema di informazione sanitaria ai sensi degli art. 55, 56 e 57 del Codice di deontologia medica e alle Linee Guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegate al Codice di deontologia medica approvate in data 16.12.2006 e successive modifiche.**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_  
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di essere residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ tel. (dato facoltativo) \_\_\_\_\_
- con studio sito in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
  - autorizzato all'esercizio e funzionamento con decreto del Sindaco di \_\_\_\_\_  
protocollo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
  - non soggetto ad autorizzazione in quanto non viene svolta in esso attività medica che comporti un rischio per la sicurezza del paziente
- di essere in possesso dei seguenti requisiti:  
*(barrare la casella relativa solo alla/e voce/i, tra quelle indicate qui di seguito, dei requisiti effettivamente posseduti)*
  - iscrizione all'Albo **MEDICI CHIRURGHI** della provincia di \_\_\_\_\_  
con numero d'ordine \_\_\_\_\_;
  - iscrizione all'Albo **ODONTOIATRI** della provincia di \_\_\_\_\_  
con numero d'ordine \_\_\_\_\_;
  - specializzazione in \_\_\_\_\_;
  - attestato / diploma di Formazione in Medicina Generale;
  - abilitazione all'esercizio della psicoterapia;
  - titoli accademici / carriera / onorificenze: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
  - esercizio della disciplina nella branca di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
per complessive ore \_\_\_\_ settimanali presso \_\_\_\_\_;

## COMUNICA

che intende diffondere un messaggio pubblicitario ai sensi e in conformità degli artt. 55, 56 e 57 del Codice di deontologia medica e alle Linee Guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice di deontologia medica approvate in data 16.12.2006 e successive modifiche.

A questo proposito dichiara che il messaggio pubblicitario verrà diffuso mediante:

1) **TARGA MURALE**

Testo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) **ELENCO TELEFONICO**

Testo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) **PAGINE GIALLE**

Testo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) **PAGINE UTILI**

Testo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5) **ELECHI GENERALI DI CATEGORIA**

Testo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6) **GIORNALI E PERIODICI DESTINATI ESCLUSIVAMENTE AGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE**

Testo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7) **GIORNALI E PERIODICI DI INFORMAZIONE** \_\_\_\_\_

*(indicare il nome del giornale o periodico)*

Testo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8) **ALTRI MEZZI E STRUMENTI** \_\_\_\_\_

*(indicare quali)*

Testo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara che il suddetto messaggio pubblicitario è conforme alle norme del Codice di deontologia medica ed alle allegate Linee Guida, e risponde ai criteri di veridicità e trasparenza .

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE**