

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

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

OGGETTO: dichiarazione in tema di informazione sanitaria ai sensi degli artt. 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 _____ ;

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 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 _____ ;

COMUNICANO

che intendono 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 dichiarano 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: _____

I sottoscritti dichiarano 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 .

I sottoscritti, inoltre, dichiarano di essere stati informati 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 _____

Firma _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEI SOTTOSCRITTORI