

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

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.**

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 dell'art. 6 del D.L. n. 69/2023 e successive modifiche 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 \_\_\_\_\_, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa.

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

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. Alla domanda presentata, da persona diversa dal richiedente o a mezzo di servizio postale, deve essere allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**