

**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
ordine@omceoss.org
ordine.ss@pec.omceo.it

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. _____
in via _____ n. _____ tel. (dato facoltativo) _____
- con studio sito in _____ in via _____ n. _____
- autorizzato all'esercizio e funzionamento con decreto del Sindaco di _____
_____ protocollo n. _____ del _____
- 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. _____
in via _____ n. _____ tel. (dato facoltativo) _____
- con studio sito in _____ in via _____ n. _____
- autorizzato all'esercizio e funzionamento con decreto del Sindaco di _____
_____ protocollo n. _____ del _____
- 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.