

All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi  
ed Odontoiatri  
Via Cittadella della Salute 4

31100 **TREVISO**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ - Tel. \_\_\_\_\_, regolarmente  
iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_/regolarmente  
iscritto all'Albo degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_,

**DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

che effettuerà pubblicità sanitaria per lo studio medico sito in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_, nel rispetto delle linee guida sulla pubblicità  
dell'informazione sanitaria riportate nel vigente codice deontologico, a mezzo di:

---

---

---

come da bozzetti allegati (specificare il tipo di pubblicità - nel caso di targhe e/o insegne dovranno rispettare  
anche quanto previsto dal regolamento edilizio comunale - dimensioni e testo)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

All.: bozzetti forma pubblicitaria