

RICHIESTA PARERE PREVENTIVO PUBBLICIZZAZIONE DELL'INFORMAZIONE SANITARIA

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRIESTE

Il/la dr/dr.ssa.....

Residente in..... via..... n.....

1 - Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi di questa provincia

al numero dal.....,

2 - Iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri di questa provincia

al numero dal.....,

consapevole delle prescrizioni in materia di pubblicità ed informazione sanitaria contenute negli artt.55,56,e 57 del Codice di Deontologia medica e a conoscenza delle direttive impartite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri con le linee guida allegate al Codice

CHIEDE

Il parere di conformità alle norme deontologiche sulla pubblicità sanitaria di cui alla allegata documentazione.

A tal fine

DICHIARA

Di essere specialista in:

Di essere in possesso della professionalità in:

Attività medica..... che esercito dal.....

Attività medicine complementari:

1 Agopuntura che esercito dal.....

2 Fitoterapia che esercito dal.....

3 Medicina ayurvedica che esercito dal.....

4 Medicina antroposofica che esercito dal.....

5 Medicina omeopatica che esercito dal.....

6 Medicina tradizionale cinese che esercito dal.....

7 Omotossicologia che esercito dal.....

8 Osteopatia che esercito dal.....

9 Chiropratica che esercito dal.....

A tal fine allego la documentazione che dimostra la mia competenza e professionalità in materia.

Di esercitare:

() da singolo/a nel proprio studio sito in.....

() da associato/a nello studio professionale sito in..... con i
colleghi.....

() nella struttura sanitaria pubblica/privata..... con sede
in.....

() come direttore sanitario o responsabile tecnico nella struttura sanitaria
privata..... con sede in.....

Data.....

Firma

.....