

**RICHIESTA VERIFICA MESSAGGIO PUBBLICITARIO
(STRUTTURE SANITARIE MEDICHE E ODONTOIATRICHE)**

**Al Presidente dell'Ordine
Medici Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di GORIZIA**

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____
il _____, nella sua qualità di legatè rappresentante della struttura sanitaria denominata:

_____ sita in _____, Via _____ n. _____ tel _____
partita IVA _____ ASL _____ Distretto _____
autorizzata all'esercizio e funzionamento con Autorizzazione dell'A.S.S.
_____ protocollo n. _____ del _____ non accreditata/accreditata
con il SSN con decreto prot. _____ n. _____ del _____ per le branche:

_____ Direttore Sanitario dott _____ nato a _____ il _____
Medico Chirurgo/Odontoiatra, iscritto all'Albo professionale dei _____
della Provincia di _____ al n. _____ tel. _____
specialista in _____
residente in _____ via _____, n. _____
codice fiscale _____

CHIEDE

ai sensi del Decreto legge 223/2006 e della Legge di conversione 248/2006 la verifica, ai fini della trasparenza e veridicitè, del seguente testo pubblicitario:

Il suddetto testo sarè utilizzato su:

• **Targa muraria**

Sita nel comune di _____ via _____ n. _____
Dimensioni: cm _____ x cm. _____
Materiale _____
Colore _____

Il sottoscritto dichiara che l'edificio su cui sarè apposta la targa non è sottoposto ad alcun vincolo da parte della Soprintendenza per i beni culturali ed architettonici e che il regolamento condominiale consente l'apposizione della targa di cui trattasi.

- **Insegna**

Sita nel Comune di _____ Via _____ n. _____

Dimensioni: cm _____ x cm. _____

Materiale _____

Colore _____

- **Inserzione elenco telefonico**

Della Provincia di _____

Dimensioni: cm _____ x cm. _____

Colore caratteri _____

- **Inserzione Pagine Gialle/SEAT e similari**

Della Provincia di _____

Dimensioni: cm _____ x cm. _____

Colore caratteri _____

- **Inserzione sui seguenti Giornali e Periodici**

Dimensioni: cm _____ x cm. _____

Colore caratteri _____

- **Sito Internet**

Indirizzo: _____

- **Altri mezzi**

_____, li _____

Firma del Legale Rappresentante

Firma del Direttore Sanitario
