



AL CONSIGLIO DIRETTIVO
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA

**DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ DEL MESSAGGIO
E DEGLI STRUMENTI INFORMATIVI ALLE NORME DEL CODICE
DI DEONTOLOGIA MEDICA ED ANNESSE LINEE GUIDA**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

- nato/a il
- Residente a
- Iscritto all'Albo: dal
- di Tel
- Direttore Sanitario della struttura sanitaria
- sita a in via

DICHIARA

di avere divulgato apposito messaggio informativo in data
mediante

OPPURE

di volere divulgare il seguente messaggio informativo, mediante

TESTO:
.....
.....

- che il suddetto messaggio pubblicitario è conforme alle norme del Codice di Deontologia Medica ed alle allegate linee guida e risponde ai criteri di veridicità e trasparenza.

Data Firma (*)

RICEVUTO IN DATA..... E PROTOCOLLATO AL N°.....

IL PRESIDENTE

() La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a fotocopia di documento di riconoscimento.*