



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

**RICHIESTA DI PARERE  
MESSAGGIO INFORMATIVO**

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

- nato/a ..... il .....
- Iscritto all'Albo: ..... dal .....
- di ..... Tel. ....
- titolare
- esercitante presso

lo studio sito a ..... in via .....

### **CHIEDE**

il parere circa la conformità del seguente messaggio informativo alle norme del Codice di Deontologia Medica ed annesse linee guida

TESTO: .....

.....

### **STRUMENTO PUBBLICITARIO**

(1) Targa cm .....

(1) Inserzione cm .....

Internet: sito .....

Data ..... Firma (2) .....

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

Parere  Positivo  Negativo

**IL PRESIDENTE**

Il presente parere viene rilasciato con riferimento alla legislazione attualmente vigente, che è suscettibile di rilevanti possibilità di modifica in un futuro anche prossimo.

Si invita la SV ad informarsi, eventualmente anche attraverso il sito dell'Ordine, sulle novità normative al fine di mantenere la conformità del proprio messaggio alle regole vigenti.

(1) Allegare bozzetto con misure della targa, dell'inserzione e dei caratteri relativi.

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