



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.
- Direttore Sanitario della struttura sanitaria
sita a in via

CHIEDE

il parere circa la conformità del seguente messaggio informativo alle norme del Codice di Deontologia Medica ed annesso 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 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.