

INFORMAZIONE SANITARIA
Strutture complesse

**AL SIG. PRESIDENTE
DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA
VIA MESTRINA 86
30172 MESTRE VENEZIA**

Il/La sottoscritto/a dott. _____

Nato a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

domicilio _____

tel. _____ E-Mail _____

- Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di _____
- Iscritto all'Albo degli Odontoiatri della provincia di _____
- Specialista in _____
- Non specialista ma documenta la professionalità in: _____ (allegare, se non già depositata o se iscritto al altro Ordine, idonea documentazione)
- In possesso dell'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio rilasciata da _____ il _____ ai sensi della Legge Regione Veneto n. 22/2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali".

IN QUALITÀ DI DIRETTORE SANITARIO DELLA STRUTTURA DENOMINATA:

Sita nel Comune di _____ Via _____

n. _____ Tel. _____ e-mail _____

Ai sensi della L. n. 175/92 modificata dal decreto legge n. 223/2006 e della Legge di conversione n. 248/2006, CONSAPEVOLE DELLE PRESCRIZIONI IN MATERIA DI PUBBLICITÀ' E INFORMAZIONE SANITARIA CONTENUTE NELL' ART. 55 (informazione sanitaria), ART. 56 (pubblicità dell'informazione sanitaria), E ART. 57 (divieto di patrocinio) DEL VIGENTE CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA (2006) E, A CONOSCENZA DELLE DIRETTIVE IMPARTITE DALLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI CON LA LINEA GUIDA ALLEGATA AL CODICE DI DEONTOLOGIA

CHIEDE NULLA OSTA PER:

IL SEGUENTE TESTO:

PUBBLICIZZATO MEDIANTE:

n. _____ **Targa/he**

n. _____ **Insegna/e**

n. _____ **Inserzioni** su elenchi telefonici, sugli elenchi generali di categoria, su periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie e su giornali quotidiani e periodici d'informazione;

Lettera Informativa da inviare a: **Propri Pazienti** **Collegi**

Carta dei Servizi **Sito Internet** _____

ALTRO: _____

Si allegano i seguenti documenti:

1. Bozzetti riportanti il testo integrale dei messaggi pubblicitari e le caratteristiche estetiche di ciascuna targa e/o insegna e/o inserzione;
2. Copia integrale dell'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio dell'istituzione sanitaria privata e dei successivi provvedimenti riguardanti le variazioni intervenute;
3. Copia integrale dell'atto costitutivo e statuto dell'eventuale società;
4. Per i medici chirurghi ed odontoiatri operanti nella struttura, **iscritti ad ordini diversi da quello di ubicazione della struttura stessa**, dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'iscrizione all'Ordine e i titoli posseduti.

Data

Firma

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI VENEZIA**

Questo Ordine, esaminata la presente richiesta

rilascia nulla osta

con Deliberazione di Consiglio n. _____ del _____

NON rilascia nulla osta

MOTIVAZIONE DELLA DECISIONE:

Data _____

Il Consigliere Segretario
