

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

**Al Presidente dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri della
Provincia di Rimini**

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

sita in _____, alla Via _____ n. _____
partita IVA _____ ASL _____ Distretto n. _____
autorizzata all'esercizio e funzionamento con decreto del Sindaco di _____
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. _____
specialista in _____
residente in _____ alla 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 veridicità, del seguente testo pubblicitario:

Il suddetto testo sarà utilizzato su:

- Targa muraria**

Sita nel comune di _____ Via _____ n. _____

Dimensioni: cm. _____ x cm. _____

Materiale: _____

Colore: _____

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

Firma _____

Insegna

Sita nel comune di _____ Via _____ n. _____

Dimensioni: cm. _____ x cm. _____

Materiale: _____

Colore: _____

Inserzione elenco telefonico

Dimensioni cm. _____ x cm _____

Colore caratteri: _____

Inserzione Pagine Gialle / SEAT e similari

Dimensioni cm. _____ x cm _____

Colore caratteri: _____

Inserzioni su Giornali e Periodici

Dimensioni cm. _____ x cm. _____

Colore caratteri: _____

Sito internet

Altri mezzi

Firma del Legale Rappresentante _____

Firma del Direttore Sanitario _____