

**RICHIESTA VERIFICA MESSAGGIO PUBBLICITARIO
(STUDIO MEDICO)**

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

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____
il _____, titolare dello studio medico sito in _____
Via _____, n. _____
Autorizzato all'esercizio e funzionamento dall'ASL di _____
Iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi della Provincia di _____
al n. _____, specialista in _____
residente in _____ Via _____, n. _____
C.F. _____

CHIEDE

ai sensi del DL 223/2006 e della Legge di conversione 248/2006 la verifica, ai fini della trasparenza e veridicità, del seguente testo pubblicitario

Parere OdM PV n. _____ del _____

Il suddetto testo sarà utilizzato su:

Targa muraria

Sita nel comune di _____ Via _____, n. _____

Dimensioni: cm _____ x cm _____ (max 50 x 60 cm)

Caratteri: _____ (max 8 cm)

Insegna

Sita nel comune di _____ Via _____, n _____

Dimensioni: cm _____ x cm _____ (max 200 x 100 cm)

Inserzione elenco telefonico

Dimensioni: cm _____ x cm _____ (max 5 x 10 cm)

Inserzione Pagine Gialle/SEAT e similari

Dimensioni: cm _____ x cm _____ (max 5 x 10 cm)

Inserzioni su Giornali e Periodici

Sito Internet

Altri mezzi

Data _____

Firma _____