

Dichiarazione di conformità del messaggio e degli strumenti pubblicitari alle norme del Codice di Deontologia Medica ed annesse Linee Guida.

**AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI UDINE**

**Viale Armando Diaz 30**

**33100 UDINE**

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

- nato/a..... il.....

- Residente a.....

- iscritto all'Albo:.....della Provincia di \_\_\_\_\_

n. iscrizione \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

- titolare dello studio/ direttore sanitario della struttura sanitaria sita a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_

DICHIARA:

↑di avere divulgato apposito messaggio pubblicitario in data \_\_\_\_\_ tramite \_\_\_\_\_

**OPPURE**

↑di volere divulgare il seguente messaggio pubblicitario, tramite \_\_\_\_\_

**TESTO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- che il suddetto messaggio pubblicitario è conforme alle norme del Codice di Deontologia Medica ed alle allegate linee guida e risponde ai criteri di veridicità e trasparenza

Data.....

Firma.....