

AL PRESIDENTE DELL'ORDINE  
PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

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

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art.76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n.445) sotto la propria responsabilità

**DICHIARA:**

- di essere nato/a..... il.....
- di essere iscritto  
all'Albo:.....dal.....Provincia  
di.....
- di essere il Direttore Sanitario  
del.....Via.....  
.....n.....

**CHIEDE**

Il nulla osta per effettuare la pubblicità sanitaria attraverso Internet allegando la seguente documentazione:

1. copia del documento di registrazione del sito;
2. copia stampata a colori delle singole pagine di cui si compone il sito;
3. segnalazione della presenza di eventuali filmati;
4. comunicazione della password rilasciata ai fini dell'accesso all'eventuale zona del sito riservata ai professionisti.
5. copia della liberatoria di ogni singolo professionista.

Data..... (\*)Firma.....

(\*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt.30 e 38 DPR28/12/2000 N.445)

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

L'identità personale è stata accertata a mezzo.....  
n.....rilasciato il.....da.....

Data.....

FIRMA DEL LEGALIZZANTE  
(qualifica professionale C1/B2)

.....