

**AL PRESIDENTE DELL'ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI DELLA  
PROVINCIA DI POTENZA  
Via Vincenzo Verrastro 3/L  
85100 POTENZA**

Il/La sottoscritto/a 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 .....
- con Studio sito in ..... via ..... n. ....  
tel. .... Cap. ....

**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. dichiarazione autografa di conformità del sito ai contenuti del presente Regolamento.

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 DELLA  
PROVINCIA DI POTENZA**

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

Data.....

**FIRMA DEL LEGALIZZANTE**  
(qualifica professionale C1/B2)

.....