



Alla C.A. del Presidente dell'Ordine TSRM e PSTRP
della provincia di Parma
parma@tsrm.org

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa _____

CHIEDE

come previsto dalle "Linee Guida di indirizzo e coordinamento per l'utilizzo del logo, concessione del patrocinio e informazione sanitaria", il nulla osta per:

La partecipazione alla trasmissione televisiva _____

del _____ che avrà come tema _____

Il rilascio dell'intervista al giornale _____

che avrà come tema/titolo _____

La partecipazione alla seguente iniziativa di informazione sanitaria: _____

Si impegna in ogni caso a garantire informazioni scientificamente rigorose, obiettive, prudenti e ad evitare, anche indirettamente, qualsiasi forma pubblicitaria personale o della struttura nella quale opera e di attenersi alle linee guida approvate dall'Ordine TSRM e PSTSP della provincia di Parma e dalla FNOSTRMPSTRP in data 9 marzo 2018.

Data ____ / ____ / ____

Firma (*) _____

(*) la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di un dipendente dell'Ordine TSRM e PSTSP della provincia di Parma, ovvero recapitata unitamente alla copia fotostatica di un documento di riconoscimento (artt.30 e 38 DPR 28/12/2000 n.445).



Ordine
dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
della provincia di Parma

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 80101630343

Spazio riservato all'Ufficio:

**ORDINE DEI TECNICI SANITARI RADIOLOGIA MEDICA E DELLE PROFESSIONI
SANITARIE TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE DELLA
PROVINCIA DI PARMA**

L'identità personale è stata accertata a mezzo (documento di identità)

_____ n. _____

rilasciato il _____ da _____.

Data _____ Firma del legalizzante _____