



**Al Responsabile Patrocini dell'Ordine
dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione
e della Prevenzione
di Modena e Reggio Emilia**

MAIL PEC: patrocini@tsrmpstrpmore.it

Il sottoscritto Dott. _____

CHIEDE,

come previsto dall'art. 7 delle "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'OTSRMPSTRPMRE e dalla FNOSTSRMPSTRP in data 9 marzo 2018.

Data ____/____/____ Firma (*) _____

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

Spazio riservato all'Ufficio:

**ORDINE DEI TECNICI SANITARI RADIOLOGIA MEDICA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE
TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE DI MODENA E REGGIO EMILIA**

L'identità personale è stata accertata a mezzo _____

n. _____ rilasciato il _____ da _____.

Data _____ Firma del legalizzante _____