

**DIREZIONE SANITARIA
(D.P.R. 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di _____ al n. _____

Iscritto all'Albo degli Odontoiatri della provincia di _____ al n. _____

Specialista in _____

Cellulare _____

Email _____

P.E.C. _____

Dichiara di avere **ASSUNTO** **CESSATO** **ASSUMERA'**

l'incarico di **DIRETTORE SANITARIO**

presso la Struttura denominata: _____

Sita nel comune di prov. _____

Indirizzo: _____

Data assunzione/cessazione _____

Struttura di tipo: _____

Dichiara inoltre **DI RICOPRIRE** **DI NON RICOPRIRE** altri incarichi di Direttore Sanitario

(in caso di altri incarichi compilare una scheda per ogni struttura presso la quale si ricopre il ruolo di Direttore Sanitario)

Il/la Sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente all'Ordine qualsiasi variazione intervenga a modifica di quanto dichiarato nella presente autocertificazione.

Il/la sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data _____ Firma _____

ATTENZIONE: PER CONFERMARE L'AUTENTICITÀ DELL'AUTOCERTIFICAZIONE OCCORRE ALLEGARE UNA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ