

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

Il/la sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____

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

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

Specialista in _____

Cellulare _____

Email _____

PEC _____

Dichiara di aver **ASSUNTO** **CESSATO** l'incarico di **DIRETTORE SANITARIO**

Presso la Struttura denominata _____

sita nel Comune di _____

Indirizzo _____

Data di 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/a, 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'AUTENTICITA' DELL'AUTOCERTIFICAZIONE OCCORRE ALLEGARE UNA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'