

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**D.P.R. 445/2000**

MOD/ Dir. San./Dimiss.

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

[ ] Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_

[ ] Iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_

[ ] Specialista in \_\_\_\_\_

[ ] Disciplina esercitata (L. 175/92) \_\_\_\_\_

Cellulare e/o Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

**di aver cessato l'incarico di Direttore Sanitario della Struttura Privata Autorizzata denominata:**

\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Data di dimissione dall' incarico:** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/la, 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.**