

AUTOCERTIFICAZIONE
D.P.R. 445/2000

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 ricoprire il ruolo di Direttore Sanitario presso la Struttura Privata Autorizzata denominata:
-
- _____

Comune di _____

Via _____ n. _____

Data di assunzione incarico: _____

-
- di non ricoprire incarico di Direttore Sanitario in altre strutture
-
-
- di ricoprire incarico di Direttore Sanitario anche nelle seguenti strutture:

1) _____

con sede in _____

2) _____

con sede in _____

3) _____

con sede in _____

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

Data _____

Firma _____

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.