

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.