

**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 \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- 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.