

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
ASSUNZIONE O RINUNCIA INCARICO DI DIREZIONE SANITARIA
(ART. 47 e 76 D.P.R. 28.12.2000 N. 445)**

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

PEC _____ e-mail _____

iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di _____

Albo Medici Chirurghi al n. _____; Albo Odontoiatri al n. _____;

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, artt. 47 e 76, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione uso di atti falsi,

DICHIARA

che in data _____ ha assunto l'incarico di direttore sanitario presso la
struttura: _____

sita in _____

Via _____ n. _____

Autorizzazione pratica SUAPE n. _____ del _____

che in data _____ ha rinunciato all'incarico di direttore sanitario assunto in data _____
presso la struttura: _____

sita in _____

Via _____ n. _____

Autorizzazione pratica SUAPE n. _____ del _____

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 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 del D.P.R. 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Il/La sottoscritto/a _____,
presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa

Sassari, _____

Firma

Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia di documento di riconoscimento in corso di validità.