

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
ASSUNZIONE O CESSAZIONE INCARICO DI DIREZIONE SANITARIA**  
*(Artt. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)*

All’Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della provincia di Sassari  
Via Cavour 71/b  
07100 Sassari  
[ordine@omceoss.org](mailto:ordine@omceoss.org)  
[ordine.ss@pec.omceo.it](mailto:ordine.ss@pec.omceo.it)

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

con specializzazione in \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

iscritto all’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_

Albo Medici Chirurghi al n. \_\_\_\_\_

Albo Odontoiatri al n. \_\_\_\_\_

consapevole, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi e per gli effetti dell’articolo 69 del Codice di Deontologia Medica

**DICHIARA**

che in data \_\_\_\_\_ **ha assunto l’incarico** di direttore sanitario presso la struttura sanitaria privata denominata \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

afferente alla società denominata \_\_\_\_\_

Struttura sanitaria che eroga:

- prestazioni  Mediche  Odontoiatriche  Mediche ed Odontoiatriche
- servizi  Medici  Odontoiatrici  Entrambi (solo per le strutture polispecialistiche)

Autorizzazione SUAPE n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

che in data \_\_\_\_\_ **ha rinunciato all'incarico** di direttore sanitario assunto in data \_\_\_\_\_ presso la struttura sanitaria denominata \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
afferente alla società denominata \_\_\_\_\_

Struttura sanitaria che eroga:

- prestazioni  Mediche  Odontoiatriche  Mediche ed Odontoiatriche
- servizi  Medici  Odontoiatrici  Entrambi (solo per le strutture polispecialistiche)

Autorizzazione SUAPE n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

e che in Sua assenza farà le veci il dott./ la dott.ssa \_\_\_\_\_

- Dichiara inoltre di non ricoprire altri incarichi di Direzione Sanitaria**
- Dichiara di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ordine qualsiasi variazione intervenga a modifica di quanto dichiarato nella presente autocertificazione.**

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 veritiero (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.

[Informativa Privacy GDPR 2016/679, PdfA](#)

Sassari, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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