

**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
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. _____

affidente 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 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.

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

Sassari, _____

Firma

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