**COMUNICAZIONE ASSUNZIONE/CESSAZIONE**

**INCARICO DI DIREZIONE SANITARIA**

**Dati Anagrafici**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_ nazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Località estera\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ordine Professionale**

Iscritto/a

|  |
| --- |
|  |

All’ Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

All’ Albo degli Odontoiatri della Provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recapiti Personali**

 Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 P.E.C**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA**

 L’assunzione/ La cessazione

In Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dell’ incarico di Presso Struttura

Direttore Sanitario Medico Monospecialistica Medica

Direttore Sanitario Odontoiatrico Monospecialistica Odontoiatrica

Direttore di Branca Odontoiatrica Polispecialistica Medica

 Polispecialistica con Branca

 Odontoiatrica

**Dati della struttura**

Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. Società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sita in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Civico\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Struttura di natura Pubblica Privata Convenzionata con SSN? SÌ NO

**Recapiti Struttura**

 Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 P.E.C. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dichiara inoltre** di RICOPRIRE NON RICOPRIRE altri incarichi di Direzione Sanitaria.

(In caso affermativo compilare una scheda per ogni incarico)

* Il/la Sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente all’ Ordine qualsiasi variazione intervenga a modifica di quanto dichiarato nella presente autocertificazione.
* 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 dei benefici conseguiti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.
* Il/la Sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs. 196/03.

Luogo e data

 Firma

ATTENZIONE: PER CONFERMARE L’AUTENTICITA’ DELL’ AUTOCERTIFICAZIONE OCCORRE

ALLEGARE UNA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA’ IN CORSO DI VALIDITA’

Da inviare con PEC: **segreteria.bi@pec.omceo.it**

Da inviare con Mail: **segreteria@ordinemedicibiella.it**