

**DIREZIONE SANITARIA  
(D.P.R. 445/2000)**

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

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di Varese al n. \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo degli Odontoiatri della provincia di Varese al n. \_\_\_\_\_

Specialista in \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

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

**Dichiara di avere**  **ASSUNTO**  **CESSATO** l'incarico di **DIRETTORE SANITARIO**

presso la Struttura denominata: \_\_\_\_\_

Sita nel comune di prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Data assunzione/cessazione \_\_\_\_\_

Struttura di tipo: \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre**  **DI RICOPRIRE**  **DI NON RICOPRIRE** altri incarichi di Direttore Sanitario

(in caso di altri incarichi compilare una scheda per ogni struttura presso la quale si ricopre il ruolo di Direttore Sanitario)

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, 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.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE: PER CONFERMARE L'AUTENTICITÀ DELL'AUTOCERTIFICAZIONE OCCORRE ALLEGARE UNA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ**