

COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE/CESSAZIONE INCARICO DI DIREZIONE SANITARIA PRESSO STRUTTURA SANITARIA PRIVATA

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

Cognome			
Nome			
Luogo di nascita		Provincia	
Data nascita		Codice Fiscale	

Il/La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dall'art. 76 di tale DPR, sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

di aver ASSUNTO / CESSATO l'incarico di Direttore Sanitario presso la seguente struttura sanitaria privata:

con sede	
in data	

e di NON ricoprire altri incarichi di Direzione Sanitaria (*in caso contrario, compilare una scheda per ogni struttura ove si è incaricati*).

Dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016 e di manifestare consenso, con la sottoscrizione della presente, al trattamento dei dati personali.

Data Firma _____

La presente domanda con contestuale autocertificazione deve essere firmata in presenza del dipendente dell'Ordine addetto a riceverla, ovvero, se recapitata per posta o per PEC, deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Spazio riservato all'Ufficio per la presentazione a mano

Identificato con documento di riconoscimento _____

n. _____ rilasciato da _____

in data _____ con scadenza _____ e

visto firmare.

L'impiegato addetto _____