



ORDINE PROVINCIALE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
Via Pomponazzo, 50 – 46100 MANTOVA
Tel.: 0376.32.66.32
E-mail: segreteria@omceomantova.it
PEC: segreteria.mn@pec.omceo.it
Sito: www.omceomantova.it

COMUNICAZIONE
ASSUNZIONE O CESSAZIONE INCARICO DI DIREZIONE SANITARIA
(Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Prov. _____ il _____

Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di _____

Iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri della Provincia di _____

Specialista in _____

Nr. di Cellulare _____

E-mail _____ PEC _____

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

L'ASSUNZIONE

LA CESSAZIONE

dell'incarico di Direttore Sanitario presso la Struttura Privata Autorizzata/Convenzionata denominata:

Con sede _____

In data _____

Dichiaro inoltre di non ricoprire altri incarichi di Direzione Sanitaria

Dichiaro di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ordine qualsiasi variazione intervenga a modifica di quanto dichiarato nella presente autocertificazione.

Il/la Sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679

Data _____

Firma _____

Allegare fotocopia documento d'identità