

DIREZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

iscritto all'Albo Medici Chirurghi della provincia di _____

iscritto all' Albo Odontoiatri della provincia di _____

ha conseguito la Specializzazione in _____

cellulare _____ mail _____

P.E.C. _____

Dichiara di avere: ☐ ASSUNTO ☐ CESSATO l'incarico di **Direttore Sanitario presso la struttura denominata:**

sita nel comune di _____ prov. _____

indirizzo _____ tel. _____

mail _____ P.E.C. _____

Data assunzione/cessazione _____

Struttura di tipo: ☐ PUBBLICO ☐ PRIVATO ☐ CONVENZIONATO

Dichiara inoltre di:

☐ RICOPRIRE ☐ NON RICOPRIRE

altri incarichi di Direzione Sanitaria

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente a codesto Ordine qualsiasi variazione intervenga a modifica di quanto dichiarato nella presente autocertificazione.

Autorizza il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs196/03

Data _____

Firma _____