

All'Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri Terni

segreteria@ordinemediciterni.it

segreteria.tr@pec.omceo.it

DIREZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a

Codice fiscale

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di

Iscritto all'Albo degli Odontoiatri della provincia di

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: tel.

Email P.E.C.

Data assunzione/cessazione

Struttura di tipo: Pubblico Privato Convenzionato

Dichiara inoltre

di **NON** ricoprire altri incarichi di direzione sanitaria

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

"Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sul
trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs. 196/03"

Data _____

Firma _____

Allegare documento di identità