

AUTOCERTIFICAZIONE
D.P.R. 445/2000

MOD/ Dir. San./ass.

Il/la Sottoscritto/a _____

Nata/o a _____ () il _____

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

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

[] Specialista in _____

[] Professionalità in (L. 175/92) _____

Cellulare e/o Tel. _____

e-mail _____ Pec _____

D I C H I A R A

di ricoprire il ruolo di Direttore Sanitario presso la Struttura denominata:

Comune di _____

Via _____ n. _____

Data di assunzione incarico: _____

D I C H I A R A I N O L T R E

1 - [] di non ricoprire altri incarichi di Direzione Sanitaria

2- [] di ricoprire altri incarichi di Direzione Sanitaria

Nel caso di cui al punto 2) le strutture presso le quali esercito il ruolo di Direttore Sanitario sono:

1 – Nome struttura _____

Comune di _____

Via _____ n. _____

Data di assunzione incarico: _____

2 – Nome struttura _____

Comune di _____

Via _____ n. _____

Data di assunzione incarico: _____

Di essere consapevole che la Legge Regionale n. 22/2002 prevede la presenza del Direttore Sanitario per minimo il 50% dell'orario di apertura al pubblico.

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 _____

N.B. Si segnala che al punto 2) AMBPOL01.AU.2.1 della lista di verifica: *Requisiti minimi specifici e di qualità per l'autorizzazione* della L.R. n. 22/2002 è riportato il seguente requisito: *"E' presente Direttore/Responsabile Sanitario dell'Organizzazione per almeno la metà dell'orario di apertura al pubblico ...omissis...."*