

# ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BENEVENTO

## COMUNICAZIONE ASSUNZIONE/CESSAZIONE INCARICO DI DIREZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a

Codice fiscale

Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di  al n.

Iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri della provincia di  al n.

Specialista in

Cellulare  email

P.E.C.

Dichiara di avere  ASSUNTO /  CESSATO l'incarico di **DIRETTORE SANITARIO**  
presso la **Struttura Sanitaria**  MONOSPECIALISTICA  POLISPECIALISTICA denominata:

Sita nel comune di  prov.

Indirizzo:  tel.

Email  P.E.C.

Data di assunzione / cessazione incarico:

Struttura di tipo:  PUBBLICO  PRIVATO - Convenzionata con SSN?  Sì  No

### Dichiara inoltre

di  RICOPRIRE  NON RICOPRIRE altri incarichi di direzione sanitaria

(In caso di altri incarichi compilare una scheda per ogni struttura)

- 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.
- Il/la Sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs. 196/03

Luogo e data

Firma \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE: PER CONFERMARE L'AUTENTICITÀ DELL'AUTOCERTIFICAZIONE OCCORRE ALLEGARE UNA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ**

Inviare a: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Benevento  
P.E.C. segreteria.bn@pec.omceo.it