

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE/CESSAZIONE INCARICO DI DIREZIONE
SANITARIA PRESSO STRUTTURA SANITARIA PRIVATA**

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di AREZZO

Cognome			
Nome			
Luogo di nascita		Provincia	
Data nascita		Codice Fiscale	

Il/La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dall'art. 76 di tale DPR, sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

di aver ASSUNTO / CESSATO l'incarico di Direttore Sanitario presso la seguente struttura sanitaria privata:

con sede	
in data	

Dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016 e di manifestare consenso, con la sottoscrizione della presente, al trattamento dei dati personali.

di essere iscritto all'Albo Odontoiatri dell'Ordine di
Medici Chirurghi

La presente domanda con contestuale autocertificazione deve essere firmata in presenza del dipendente dell'Ordine addetto a riceverla, ovvero, se recapitata per posta o per PEC, deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

Firma _____