

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**D.P.R. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_

Specialista in \_\_\_\_\_

Disciplina esercitata (L. 175/92) \_\_\_\_\_

Cellulare e/o Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**Di ricoprire il ruolo di Direttore Sanitario presso la Struttura Privata Autorizzata denominata:**

\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Data di assunzione incarico:** \_\_\_\_\_

**Di non ricoprire incarico di Direttore Sanitario in altre strutture**

**Di ricoprire incarico di Direttore Sanitario anche nelle seguenti strutture:**

1) \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

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

Il/La sottoscritto/a, 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 \_\_\_\_\_