

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

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

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

di essere iscritto all'Albo

Odontoiatri

dell'Ordine di

Medici Chirurghi

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.

La presente domanda con contestuale autocerificazione deve essere firmata in presenza di un funzionario dell'Ordine, ovvero se recapitata per PEC deve essere accompagnata da fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

firma