

**MODELLO 8**

**Dichiarazione di  
assunzione di incarico  
Direttore sanitario di  
struttura di ricovero**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

(indirizzo completo)

codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

assume l'incarico di direttore sanitario della struttura di ricovero ospedaliero/extraospedaliero denominata:

\_\_\_\_\_

ubicata in

\_\_\_\_\_

(indirizzo completo)

con impegno orario settimanale di n. \_\_\_\_ore

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000.

**DICHIARA**

di essere in possesso della specializzazione in

rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

oppure

di aver svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico sanitaria presso i seguenti enti o strutture sanitarie pubbliche e private

**DICHIARA INOLTRE:**

di non essere proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la struttura;

di essere informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n.196 che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_