

MODELLO 7

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

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ il _____

residente a _____

codice fiscale _____ (indirizzo completo) telefono _____

assume l'incarico di direttore sanitario della struttura ambulatoriale 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 _____

oppure

di essere in possesso della laurea in odontoiatria¹ rilasciata da _____ il _____

oppure

di essere in possesso di laurea specialistica in biologia o equipollente² rilasciata da _____ il _____

oppure

di essere in possesso di laurea specialistica in chimica o equipollente² rilasciata da _____ il _____

1 Solo per le strutture monospecialistiche odontoiatriche

2 Solo per gli ambulatori che svolgono esclusivamente attività di medicina di laboratorio

DICHIARA INOLTRE:

di non essere proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la struttura³;

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 _____

³ Solo per strutture ambulatoriali polispecialistiche