

AUTOCERTIFICAZIONE DIREZIONE SANITARIA
D.P.R. 445/2000

Al Sig. Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Monza e Brianza

...l... sottoscritt.....

Iscritt... all'Albo dei Medici Chirurghi Ordine di Monza al numero di posizione.....

Iscritt... all'Albo degli Odontoiatri Ordine di Monza al numero di posizione

Specialista in

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 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 D.P.R. 445/2000), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA',

DICHIARA:

ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e della L. 127/97, sotto la sua personale responsabilità

di ricoprire il ruolo di Direttore Sanitario per la specialità di ODONTOIATRIA

di ricoprire il ruolo di Direttore Sanitario per le specialità MEDICHE

presso la Struttura denominata:

.....

Comune di.....

Via n.

Data di assunzione incarico:/...../.....

DICHIARA INOLTRE

di non ricoprire altri incarichi di Direzione Sanitaria odontoiatrica

Il/la Sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente all'Ordine qualsiasi variazione intervenga a modifica di quanto dichiarato nella presente autocertificazione.

Il/la sottoscritto, 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

.....