

Allo Sportello Unico \_\_\_\_\_ Comune / Comunità / Unione \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO RESPONSABILE PER I SERVIZI ODONTOIATRICI

### IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome		Nome		Codice fiscale			
Data di nascita		Sesso	Cittadinanza		Partita iva		
		-					
Luogo di nascita		Provincia		Stato			
Residenza							
Comune		Provincia	CAP	Stato			
Indirizzo				Civico	Scala	Piano	Interno
Telefono		Cellulare		Fax			
Posta Elettronica Certificata (PEC)			Email				
Cittadino							
<input type="radio"/> comunitario		<input type="radio"/> non comunitario		<input type="radio"/> non comunitario e residente all'estero			
Permesso di soggiorno / carta di soggiorno n.		Rilasciato da		Data di rilascio			
Motivo del soggiorno				Valido fino al			
Estremi raccomandata				Rinnovato il			

Laureato/a in			
Abilitazione			
Iscrizione professionale		Provincia	Data designazione qualità
-		▼	

E  
L  
I  
M  
I  
S  
C  
A  
F

**DICHIARAZIONI**

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e degli artt. 483,495 e 496 del Codice Penale e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

<b>di accettare l'incarico di direttore sanitario responsabile per i servizi odontoiatrici del poliambulatorio</b>				
Denominazione/ragione sociale				
Sede				
Comune				CAP
Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)				
Num. civico		Scala	Piano	Interno

Titolare/legale rappresentante dell'attività				
--	--	--	--	--

<input checked="" type="checkbox"/>	di essere a conoscenza delle conseguenti responsabilità derivanti dall'accettazione dell'incarico di direttore sanitario responsabile dei servizi odontoiatrici
<input checked="" type="checkbox"/>	di svolgere la funzione di direttore sanitario responsabile per i servizi odontoiatrici esclusivamente in questa struttura

**ALLEGATI**

Allegato	
<input checked="" type="checkbox"/>	Titolo abilitativo

Il direttore sanitario responsabile per i servizi odontoiatrici	
<input type="radio"/> Allega documento di identità in corso di validità	<b>Firma autografa (obbligatoria)</b> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Documento di identità in corso di validità già allegato all'istanza	<b>Firma autografa (obbligatoria)</b> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Documento firmato digitalmente	

E  
L  
I  
M  
I  
S  
C  
A  
F