NOMINA E ACCETTAZIONE DIRETTORE SANITARIO

allegato **SAN-B**
versione del 01-07-2017

Allegato SAN-B
nomina resa ai sensi dell'art. art. 5-bis della L.R. 32/2007 e ss.mm.ii.

Il/la sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data di nascita ____/____/_____ Cittadinanza _____ Sesso M |__| F |__|

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, Piazza, ecc._____ n. _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

PEC _____@_____

in qualità di:

- ☐ titolare di ditta individuale
- ☐ titolare e delegato di Studio Associato
- ☐ legale reppresentante di Società/Ente/Azienda
- ☐ legale rappresentante di ONLUS

ragione sociale _____

N O M I N A

per la struttura sanitaria sita a Pescara, in via/piazza _____
avente autorizzazione n. _____ del ____/____/_____ ovvero per la quale è stata richiesta autorizzazione in data ____/____/_____, quale DIRETTORE SANITARIO il Dr:

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data di nascita ____/____/_____ Cittadinanza _____ Sesso M |__| F |__|

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, Piazza, ecc._____ n. _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

PEC _____@_____

in possesso del seguente titolo di studio: _____

_____

A tal fine, il Direttore Sanitario nominato, valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 ed all'art. 3 del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità, dichiara di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 5-bis della L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii. e di non rientrare nelle casistiche di divieto di cui ai commi 5 e 6 art. 5-bis della medesima L.R. .

Data: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Il Titolare della Struttura Sanitaria: Il Direttore Sanitario, per accettazione della nomina:

_____ _____