



**In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale**

Accettazione dell'incarico da parte del responsabile sanitario

Il sottoscritto responsabile sanitario

| | | | |
|------------------------|----------------|-----------------------------|--|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| Residenza Provincia | Comune | Indirizzo | Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiera e di falsità in atti,

DICHIARA

di accettare l'incarico di responsabile sanitario della struttura sanitaria e/o socio-sanitaria

con sede operativa in

| | | | | | | | |
|---------------|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|---------------|
| P.T. o U.I.U. | Cod. cat. | Sezione | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano SNC CAP |

DICHIARA INOLTRE

- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dalla legge (articolo 67 del Decreto legislativo 06/09/2011, n. 159, "Effetti delle misure di prevenzione previste dal Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia")

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

Luogo

Data

il dichiarante