

MODELLO 6

Dichiarazione di assunzione di incarico Direttore sanitario o tecnico

Il/la sottoscritto/a _____

(cognome) (nome)

nato/a a _____ il _____

residente a _____

(indirizzo completo)

codice fiscale _____ telefono _____

indirizzo mail _____

assume l'incarico di direttore sanitario della struttura ambulatoriale denominata:

ubicata in

(indirizzo completo)

telefono _____ fax _____

indirizzo Pec _____

indirizzo email _____

con impegno orario settimanale di n. ____ore¹

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 _____

per le strutture monospecialistiche odontoiatriche

di essere in possesso della laurea in odontoiatria rilasciata da

_____ il _____

per gli ambulatori che svolgono esclusivamente attività di medicina di laboratorio

di essere in possesso di laurea specialistica in: a)biologia o equipollente b) chimica o equipollente

rilasciata da _____ il _____

¹In base alla tipologia di cui all'art. 9 del Regolamento di attuazione n. 79/R del 17 novembre 2016.

oppure

di aver svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico sanitaria presso i seguenti enti o strutture sanitarie pubbliche e private _____

per le strutture di riabilitazione per i tossicodipendenti

di essere in possesso del diploma di laurea magistrale in medicina o psicologia rilasciata da _____ il _____

e

esperienza lavorativa, almeno biennale, in comunità residenziali o semiresidenziali per tossicodipendenti, a gestione pubblica o privata

per le strutture residenziali psichiatriche

di essere in possesso di laurea specialistica in: psichiatria o equipollenti rilasciata da _____ il _____

DICHIARA INOLTRE:

di non essere proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la struttura²;

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 _____

firma³ _____

² Escluse le strutture ambulatoriali monospecialistiche

³ Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.