

**Amministrazione destinataria**

Comune di Alta Val Tidone

**Ufficio destinatario**

Ufficio Assistente Sociale

**Comunicazione di nomina del direttore sanitario****Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata						

Albo d'iscrizione	Provincia	Data iscrizione
Laurea	Università	
Specializzazioni		

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**COMUNICA**

di essere stato nominato direttore sanitario della struttura sanitaria

Denominazione
---------------

sita in										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

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 veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

**Medico di assistenza primaria**

- di non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo accordo collettivo nazionale
- di essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo accordo collettivo nazionale

Numero massimale scelte

Numero scelte in carico

Mese di riferimento delle scelte

**Specialista dipendente o libero professionista**

- di non essere assunto come specialista dipendente o libero professionista
- di essere assunto come specialista dipendente o libero professionista

Tipologia contratto

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato

Azienda

Branca

**Rapporto di lavoro**

- di non avere apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8, comma 5 del Decreto Legislativo 30/12/1992, n. 502
- di avere apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8, comma 5 del Decreto Legislativo 30/12/1992, n. 502

Azienda

Tipo di attività

Data di inizio

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

**Incarico libero professionale**

- di non essere titolare di incarico libero professionale con il servizio sanitario nazionale
- di essere titolare di incarico libero professionale con il servizio sanitario nazionale

**Attività odontoiatrica**

- che nella struttura sanitaria non viene svolta attività odontoiatrica
- che nella struttura sanitaria viene svolta attività odontoiatrica, pertanto

Esercizio dell'attività odontoiatrica

- dichiara di non essere in possesso dei requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività odontoiatrica di cui alla Legge 24/07/1985, n. 409, ai sensi dell'articolo 1, comma 154 della Legge 04/08/2017, n. 124
- di essere in possesso dei requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività odontoiatrica di cui alla Legge 24/07/1985, n. 409, ai sensi dell'articolo 1, comma 154 della Legge 04/08/2017, n. 124

Responsabile servizi odontoiatrici

- di non svolgere la funzione di direttore sanitario responsabile per i servizi odontoiatrici esclusivamente in una struttura, ai sensi dell'articolo 1, comma 155 della Legge 04/08/2017, n. 124
- di svolgere la funzione di direttore sanitario responsabile per i servizi odontoiatrici esclusivamente in una struttura, ai sensi dell'articolo 1, comma 155 della Legge 04/08/2017, n. 124

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

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

copia del documento d'identità

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Alta Val Tidone

Luogo

Data

il dichiarante