

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Prato

COMUNICAZIONE ASSUNZIONE/CESSAZIONE INCARICO DI DIREZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

nato a _____ Prov _____ Cap _____

il _____ codice fiscale _____

recapito cellulare _____ e-mail _____

PEC _____

iscritto/a all'Albo Medici Chirurghi della Provincia di _____ al n. _____

iscritto/a all'Albo Odontoiatri della Provincia di _____ al n. _____

specialista in _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITA' NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

DICHIARA

di avere assunto / di avere cessato in data _____

L'incarico di Direttore Sanitario presso la seguente Struttura Sanitaria:

Ubicata nel Comune di _____ Prov. _____

Indirizzo _____ telefono _____

e-mail _____ PEC _____

Dichiara di essere al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/1679 del 27/04/2016 come da informativa pubblicata sul sito web: [pagina da consultare](https://www.omceopo.org/informativa-privacy-2/) (https://www.omceopo.org/informativa-privacy-2/)

Data _____ Firma _____

Da trasmettere mezzo pec all'indirizzo: segreteria.po@pec.omceo.it allegando documento identità.