

Parte I

IL/LA SOTTOSCRITTO/A NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL
 _____ RESIDENTE IN
 _____ (VIA/PIAZZA) _____

CITTÀ _____ PROV. ____

TELEFONO CELL. _____

EMAIL _____ PEC _____

CODICE FISCALE _____

Tell/Cell..... e-mail _____

nella sua qualità di Legale rappresentante del soggetto giuridico di seguito individuato:

Ragione Sociale.....

Con Sede Legale in Via/Piazza n.

Comune di(.....) CAP

Forma Giuridica

Partita IVA

(in caso di assenza della partita IVA, indicare il Codice Fiscale dell'organizzazione)

COMUNICA

Che la direzione sanitaria / la responsabilità sanitaria dell'organizzazione (requisito 3.1.1AU) è affidata al Dott./Dott.ssa

Nato/a a il.....

Laureato/a in

Presso l'Università di il

Specialista in

Iscritto/a presso l'Ordine dei N.

Provincia di

Data ____ / ____ / ____ Firma del Legale Rappresentante _____

Firma per esteso

Parte II

IL/LA SOTTOSCRITTO/A NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL
_____ RESIDENTE IN
_____ (VIA/PIAZZA) _____

CITTÀ _____ PROV. ____

TELEFONO CELL. _____

EMAIL _____ PEC _____

CODICE FISCALE _____ Tell/Cell.

e-mail

nella sua qualità di _____,

DICHIARA CHE

- a. i titoli personali indicati in Parte I sono effettivamente quelli posseduti;
 - b. non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione;
 - c. l'assenza di situazioni di incompatibilità per la funzione di Direttore sanitario/Responsabile
- .

Data ____/____/____

Firma del Direttore Sanitario/ Responsabile Sanitario

Firma per esteso