

**NOTIFICA DI INCARICO PRESSO STRUTTURE PRIVATE DELLA PROVINCIA
DELLA SPEZIA A DIRETTORE SANITARIO E RESPONSABILE TECNICO**

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente nel comune di _____ CAP _____
in Via _____ Tel. _____
iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____ al n. _____
Specialista in _____

Libero Docente in _____

DICHIARA

di aver assunto l'incarico di

DIRETTORE SANITARIO :

dal _____

DIRETTORE TECNICO:

presso la Struttura privata denominata: _____

sita nel Comune di _____ in Via _____ Tel. _____

Nella suindicata struttura si effettuano prestazioni di: _____

medico responsabile di branca Dott. _____

iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____

specialista in _____

prestazioni di: _____

medico responsabile di branca Dott. _____

iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____

specialista in _____

prestazioni di: _____
medico responsabile di branca Dott. _____
iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____
specialista in _____

prestazioni di: _____
medico responsabile di branca Dott. _____
iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____
specialista in _____

prestazioni di: _____
medico responsabile di branca Dott. _____
iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____
specialista in _____

DICHIARO

Inoltre, qualora l'incarico a Direttore Sanitario venga a cessare, di presentare entro il termine di trenta giorni dalla cessazione, domanda di cancellazione;
di dare per iscritto tempestiva comunicazione a codesto Ordine delle variazioni relative a dimissioni e conseguenti nuove nomine dei responsabili di branca

DICHIARO

di essere a conoscenza degli obblighi previsti dalle normative vigenti in merito alla pubblicità sanitaria

data _____

firma _____

**Documentazione da allegare per i medici non iscritti presso questo Ordine:
autocertificazione titoli e iscrizione all'albo;
fotocopia documento di riconoscimento.**