

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI CERTIFICAZIONE DI APPARTENENZA ALL'ORDINE PROFESSIONALE
E DI INCARICO ALLA QUALIFICA DI DIRETTORE SANITARIO
(ARTT. 45 E 46 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N.445)

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____ e
residente a _____ in via _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, nonché ai fini di cui all'art 9 della legge n. 175/92,

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di essere **attualmente e regolarmente iscritto al seguente ordine professionale:** _____
della provincia di _____ a far data dal _____ con n. iscrizione
_____; Dichiaro inoltre che non sono in corso a proprio carico procedure o iniziative disciplinari che possano comportare radiazione dall'ordine o anche solo sospensione temporanea dell'esercizio della professione.

DICHIARA ALTRESÌ

di ricoprire l'incarico di "**Direttore Sanitario**" dalla data _____ presso:
Ragione sociale: _____
nella sola sede di: _____
Cod. Fisc. / P. IVA: _____

Il sottoscritto, in qualità di "Direttore Sanitario" dichiara altresì che le attrezzature, i dispositivi medici e/o i farmaci che verranno ordinati alla Dental Club da _____ per la sede di _____ saranno soggetti alla propria direzione e al proprio controllo, anche in termini di manutenzione ordinaria e straordinaria e di verifica del loro corretto funzionamento e ciò in virtù dell'iscrizione al suindicato albo professionale e della carica, formale e sostanziale, rivestita nell'ambito dell'azienda e/o organizzazione in cui opera. Il dichiarante si impegna agli obblighi qui assunti per tutta la durata del proprio incarico e comunque sino a che non comunichi alla Dental Club SPA, in documento sottoscritto anche dal nuovo Direttore Sanitario *pro tempore*, l'intervenuta successione nella carica in parola. Si allega fotocopia del documento di identità valido del direttore sanitario.

Luogo e data

Firma del dichiarante

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati personali: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Riferimenti legislativi:

- art. 1 e 3 della Legge 15/5/97, n. 127 "Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo";
- artt. 46, 47, 75 e 76 - lettera a) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;
- art. 9, legge 175/92: "Norme in materia di pubblicità sanitaria e repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie";
- artt.153, 154, 155, 156 L. 04.08.2017, n. 124.

Dichiarazione rilasciata a DENTAL CLUB SPA - P.Iva 01503150243 - in data _____.