

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