



ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)					
1	Ufficio ricevente	Presentata il	Modalità di inoltro	Data protocollo	Num. Prot
			<input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/> a mano <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/> via telematica		
NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA					

DICHIARAZIONE DI INIZIO ATTIVITA'
(L.R. 5.8.2009 n. 51, DPGR 24.12.2010 n. 61/R)

Al SUAP del Comune di

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

TRASMETTE DICHIARAZIONE RELATIVA A:

0	Codice	Nome attività	Oggetto
		Struttura sanitaria	DICHIARAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO DI RICOVERO

ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:

DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE			
A1	Cognome		Nome
	Nato a		Prov. il
	Residente in	Prov.	CAP
	Via/piazza		n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.
	Indirizzo email		

INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
B	Via	Comune	Prov. CAP
	Email	Telefono	Cellulare Fax

C DATI RIFERITI AL PRESIDIO DI RICOVERO IN CUI SI SVOLGERA' L'ATTIVITA'				
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno
	Comune		Prov.	CAP
	Dati catasto: Categ.	Classe	Foglio	Numero Sub.
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona	

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
E	<input type="checkbox"/> Il sottoscritto/a assume l'incarico di Direttore Sanitario del presidio di ricovero denominato: Con impegno orario settimanale di n. ore
	<input type="checkbox"/> dichiara di non essere proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la struttura
	<input type="checkbox"/> dichiara di non svolgere le funzioni di Direttore sanitario in altro presidio di ricovero

F REQUISITI PERSONALI	
	<input type="checkbox"/> di non versare in situazioni di incompatibilità previste dalle vigenti norme
F2 REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI	
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso della specializzazione in
	<input type="checkbox"/> di aver svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico sanitaria in enti o strutture sanitarie pubbliche e private



COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO				
F3	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			
TRATTAMENTO DATI PERSONALI				
G	<input type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196:			
	- di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo;			
	- che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale;			
	- che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici;			
	- di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge			

Data e luogo

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

** Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica. In caso di trasmissione telematica con firma digitale all'indirizzo di posta elettronica certificata del Comune non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento.*