



ACCETTAZIONE DI DIREZIONE SANITARIA

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della Provincia di Brescia

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____
iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia al n. _____
residente in _____ (prov. _____)
via _____ n. _____ tel. _____
e-mail _____

ai sensi dell'art. 69 del Codice Deontologico, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 T.U.- DPR 28.12.2000 N. 445)

COMUNICA

di **ACCETTARE LA DIREZIONE SANITARIA**

della Struttura denominata _____
sita in _____ (prov. _____)
via _____ n. _____ tel. _____
a far data dal _____

Data _____

Firma _____

CONSENSO RELATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____ ai
sensi della legge D.lgs 196/2003, concernente "La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al
trattamento dei dati personali"

ESPRIME IL SUO CONSENSO E AUTORIZZA

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri al trattamento dei suoi dati personali da parte degli uffici
preposti, ivi compresa la pubblicazione sull'Albo e sul sito internet dell'Ordine di altri dati non obbligatori.

FIRMA _____

AVVERTENZA:

- Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.
- L'istanza se presentata direttamente dall'interessato deve essere sottoscritta in presenza del funzionario addetto alla ricezione, in caso contrario alla stessa va allegata copia di documento di identità (art. 38 Co 3° T.U. – D.P.R. 445/2000)

Spazio riservato alla Segreteria

L'incaricato, ai sensi dell'art. 30 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445

ATTESTA

che il/la Dott. _____

identificato con documento _____ n. _____

rilasciato il _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

Brescia lì, _____