

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Sesso M F Data di nascita _____
Luogo di nascita: Provincia _____ Comune _____
Residenza: Provincia _____ Comune _____
via/Piazza _____ .n° _____ C.A.P. _____
Telefono _____ Cellulare _____ Fax _____
e-mail _____ PEC _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nel caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che tali violazioni comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

COMUNICA

di aver cessato l'incarico di Direttore Sanitario presso la Struttura Sanitaria denominata _____

sita in _____ via _____
dal giorno _____

DICHIARA

- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS INSUBRIA;
- di essere informato che la Pubblica Amministrazione potrà eseguire i controlli previsti dalle leggi in materia di autocertificazione.

Data

(firma del dichiarante)

.....