D I C H I A R A

inoltre, qualora l'incarico a Direttore - Sanitario / Tecnico - venga a cessare, di presentare entro il termine di 30 giorni dalla cessazione, domanda di cancellazione;

di dare per iscritto tempestiva comunicazione a codesto Ordine delle variazioni relative a dimissioni e conseguenti nuove nomine dei responsabili di branca, prima ancora che gli stessi assumano l'incarico.

D I C H I A R A A L T R E S I

di aver preso visione del regolamento dell'Ordine approvato dal Consiglio Direttivo con deliberazione n. 78 del 27/11/2007;

di aver preso visione degli obblighi previsti dal DL n. 223/2006 e la relativa legge di conversione n. 248/2006.

Genova, _____

In fede.

Firma _____

N O T A B E N E

Documentazione obbligatoria da allegare alla presente notifica, per i medici che NON sono iscritti presso questo Ordine:

1. autocertificazione ai sensi di Legge iscrizione all'Ordine
2. autocertificazione ai sensi di Legge di Specialità
3. fotocopia del tesserino di iscrizione all'Ordine

Notifica di INCARICO presso STRUTTURE private della provincia di GENOVA
a Direttore Sanitario e Responsabile Tecnico
(delibera Consiglio Ordine del 1 settembre 1994)

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

residente nel Comune di _____

in via _____

cap _____ tel. _____.

Iscritto all'Ordine dei Medici di _____

dal _____ al n° _____.

Specialista in _____

Specialista in _____

Specialista in _____

Libero Docente in _____

Libero Docente in _____

D I C H I A R A

di aver assunto l'incarico di

- ❑ **DIRETTORE SANITARIO**

  Dal _____

- ❑ **DIRETTORE TECNICO**

presso la STRUTTURA PRIVATA denominata _____

_____

sita nel Comune di _____

in via _____

tel. _____.

Nella su indicata Struttura si effettuano

- **prestazioni di** _____

Medico Consulente di Branca: Dott. _____

Iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____

Specialista in _____

- **prestazioni di** _____

  Medico Consulente di Branca: Dott. _____

  Iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____

  Specialista in _____

- **prestazioni di** _____

  Medico Consulente di Branca: Dott. _____

  Iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____

  Specialista in _____

- **prestazioni di** _____

  Medico Consulente di Branca: Dott. _____

  Iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____

  Specialista in _____

- **prestazioni di** _____

  Medico Consulente di Branca: Dott. _____

  Iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____

  Specialista in _____

- **prestazioni di** _____

  Medico Consulente di Branca: Dott. _____

  Iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____

  Specialista in _____

- **prestazioni di** _____

  Medico Consulente di Branca: Dott. _____

  Iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____

  Specialista in _____

- **prestazioni di** _____

  Medico Consulente di Branca: Dott. _____

  Iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____

  Specialista in _____

- **prestazioni di** _____

  Medico Consulente di Branca: Dott. _____

  Iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____

  Specialista in _____

- **prestazioni di** _____

  Medico Consulente di Branca: Dott. _____

  Iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____

  Specialista in _____

- **prestazioni di** _____

  Medico Consulente di Branca: Dott. _____

  Iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____

  Specialista in _____

- **prestazioni di** _____

  Medico Consulente di Branca: Dott. _____

  Iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____

  Specialista in _____

- **prestazioni di** _____

  Medico Consulente di Branca: Dott. _____

  Iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____

  Specialista in _____