

**In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale**

**Dichiarazione di accettazione dell'incarico di Direttore sanitario presso le strutture
sanitarie di cura degli animali e di responsabilità della detenzione delle scorte**

Ai sensi dell'articolo 33 del Decreto legislativo 07/12/2023, n. 218

Il sottoscritto direttore sanitario

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Scala	Piano
				<input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☒ di assumere la responsabilità dell'incarico di Direttore sanitario e della detenzione della scorta dei medicinali, nonché del loro utilizzo e delle registrazioni di competenza nel Sistema nazionale per la farmacovigilanza, nella struttura di cura

Denominazione struttura										
<input type="text"/>										
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
A far data dal										
<input type="text"/>										

- ☒ di comunicare tempestivamente l'eventuale cessazione dell'incarico

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐ copia del permesso di soggiorno

(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)

☐ altri allegati

Luogo

Data

il direttore sanitario