**Modulo 14**

**AUTODICHIARAZIONE DIRETTORE SANITARIO O RESPONSABILE DELLA STRUTTURA SANITARIA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preso atto che:

1. la Legge 4 agosto 2017, n. 124, all’art. 1, comma 154, prevede che le strutture sanitarie polispecialistiche presso le quali è presente un ambulatorio odontoiatrico, ove il Direttore Sanitario non abbia i requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività odontoiatrica, devono nominare un Direttore Sanitario responsabile per i servizi odontoiatrici che sia in possesso dei requisiti di cui al comma 153. La medesima legge all’art. 1, comma 155, prevede che il Direttore Sanitario responsabile per i servizi odontoiatrici svolga tale funzione esclusivamente in una sola struttura di cui ai commi 153 e 154;
2. la Legge 30 dicembre 2018, n. 145, all’art. 1, comma 536, come modificato dall’articolo 30 della Legge 238 del 23 dicembre 2021 prevede che tutte le strutture sanitarie private di cura sono tenute a dotarsi di un direttore sanitario che comunica il proprio incarico all'ordine territoriale competente per il luogo in cui ha sede la struttura;

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA**

□ **DI NON ESSERE IN CONDIZIONE DI INCOMPATIBILITÀ O CONFLITTO DI INTERESSI**;

□ di **NON RICOPRIRE** altri incarichi di direzione sanitaria;

□ di **RICOPRIRE** altri incarichi di direzione sanitaria.

In caso di esercizio di altri incarichi, indicare ogni struttura sanitaria presso la quale è ricoperto il ruolo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_denominazione struttura sanitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e relativo impegno orario settimanale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DA COMPILARSI SOLO IN CASO DI ESERCIZIO DELL’ATTIVITÀ NELLE STRUTTURE ODONTOIATRICHE**

Dichiara di:

□ esserein possesso dei requisiti richiesti per l’esercizio dell’attività odontoiatrica di cui alla legge 24/07/1985 n. 409 e della Legge n. 124 del 04.08.2017, per le parti competenza.

□ di svolgere la funzione di Direttore Sanitario responsabile per i servizi odontoiatriciesclusivamente in una struttura sanitaria(art. 1 co. 155 Legge n. 124 del 04.08.2017)

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solo nel caso in cui non si possegga la firma digitale deve essere allegata alla domanda in formato pdf la fotocopia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Allega: ogni altra informazione utile a documentare il rispetto dei requisiti richiesti

**Informativa ai sensi del Dlgs 196/03, così come modificato dal Dlgs 101/18 e del Regolamento UE 679/16**