



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

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

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

- ☒ 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