

**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"/>						
<b>Residenza</b>									
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"/>
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 veritiera 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 farmacosorveglianza, nella struttura di cura

<b>Denominazione struttura</b>									
<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"/>
<b>A far data dal</b>									
<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**