



COMUNE DI PADOVA

SETTORE SUAP E ATTIVITA' ECONOMICHE

Via Frà Paolo Sarpi, 2 – 35138 Padova

Spazio per Marca da bollo da € 16,00

"Imposta di bollo assolta in modo virtuale ai sensi della Autorizzazione dell'Agenzia delle Entrate di Padova n° 32742/96/2t del 06/12/1996."

Comune di Padova

Protocollo generale: ENTRATA

n° _____ del ____/____/____

Classificazione: _____ - 10.1

(IN CASO DI PIU' RICHIESTE CONTEMPORANEE PER LA STESSA STRUTTURA, APPLICARE UN'UNICA MARCA DA BOLLO)

Al Sig. Sindaco del Comune di PADOVA

Oggetto: L.R. 22/2002 – COMUNICAZIONE VARIAZIONE DIRETTORE SANITARIO (autorizzazione all'esercizio dell'attività di struttura sanitaria).

Denominazione e ragione sociale _____

Con sede in _____ Prov. __ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Tel. ____/____ Fax ____/____ PEC _____

P. IVA | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Il Legale rappresentante: *(cognome e nome)* _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Cod. fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Residente in _____ Prov. __ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Tel. ____/____ Fax ____/____ e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000

COMUNICA

la **VARIAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO** nella struttura sanitaria autorizzata con provvedimento di Autorizzazione all'esercizio N. _____ del ____/____/____

(Prot. Gen. n° _____ del ____/____/____) ai sensi L.R. 16 agosto 2002 n. 22

(tipologia secondo classificazione approvata con D.G.R. n° 2501 del 06/08/2004 e coordinata con le successive integrazioni e modifiche apportate con DD.G.R. n. 549 del 04/03/2005, n. 2332 del 09/08/2005, n. 2420 del 09/08/2005, n. 3223 del 25/10/2005, n. 811 del 21/03/2006, n.

3148 del 09/10/2007), per la seguente struttura sanitaria: _____

_____ con sede a Padova - CAP _____

Via _____ .n° _____ - piano _____

DICHIARA

il **cambio della direzione sanitaria** a far data dal ____/____/____:

dal dott./dott.ssa _____

al dott./dott.ssa _____

NOTE: _____

ALLEGA la seguente documentazione:

- a) **rinuncia dell'incarico** da parte del Direttore sanitario uscente con allegata fotocopia non autenticata di valido documento di riconoscimento;
- b) **lettera di incarico** da parte del Legale rappresentante della struttura al nuovo Direttore sanitario (allegare fotocopia non autenticata di valido documento di riconoscimento del Legale rappresentante);
- c) **dichiarazione di responsabilità** del nuovo Direttore sanitario;
- d) **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** rilasciata ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, **dal nuovo Direttore sanitario**, corredata di fotocopia non autenticata di un valido documento di riconoscimento.

Privacy – Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che:

- *i dati forniti verranno trattati per le finalità di gestione amministrativa delle procedure previste dalla L.R. 22/2002, compresa la creazione di archivi informatici, spedizioni per posta, fax ed e-mail di comunicazione;*
- *il trattamento è effettuato dal Comune di Padova, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente richiesta;*
- *il conferimento dei dati ha natura obbligatoria ed il mancato conferimento non permette l'espletamento dell'istruttoria;*
- *i dati saranno oggetto di comunicazione e di diffusione nei limiti previsti dall'art. 19, commi 2 e 3, del D.Lgs. 196/2003;*
- *in ogni caso il sottoscritto potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e le altre facoltà concesse dalla vigente normativa.*

Padova, lì

Firma