

Allegato C: MODULO DI ACCETTAZIONE DELLA SEDE ASSEGNATA

*Alla Regione Umbria
Direzione regionale Salute, Welfare, Organizzazione
e Risorse Umane
Servizio Programmazione della rete ospedaliera.
Accreditamento autorizzazioni sanitarie e socio-sanitarie.
Valutazione di qualità.*

direzionesanita.regione@postacert.umbria.it

Io sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Prov. ____

Indirizzo di residenza _____

Documento d'identità valido _____ n. _____

(da allegare in copia obbligatoriamente)

e

Io sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Prov. ____

Indirizzo di residenza _____

Documento d'identità valido _____ n. _____

(da allegare in copia obbligatoriamente)

e

Io sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Prov. ____

Indirizzo di residenza _____

Documento d'identità valido _____ n. _____

(da allegare in copia obbligatoriamente)

Dichiariamo di accettare l'assegnazione della sede consapevoli della decadenza della stessa in caso di accertamento di altra titolarità/sopravvenuta nuova titolarità di altra sede da parte anche di uno solo dei co-assegnatari.

Si informa che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, i dati raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il presente procedimento e non saranno oggetto di comunicazione o diffusione. Il titolare del trattamento è la Regione Umbria.

Consapevole delle sanzioni penali previste dal **D.P.R. 445/2000** (articoli 46,47,75 e 76) **confermo che quanto ho dichiarato è vero.**

Data _____ Firma del richiedente _____

Data _____ Firma del richiedente _____

Data _____ Firma del richiedente _____