

Allegato B: MODULO DI ACCETTAZIONE DELLA SEDE ASSEGNATA

Alla REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare

Servizio Assistenza Ospedaliera

Viale A. Moro, 21 – 40127 Bologna

segrosp@postacert.regione.emilia-romagna.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)

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)

Dichiaro/dichiariamo di accettare l'assegnazione della sede consapevole/i della decadenza della stessa in caso di accertamento di sopravvenuta nuova titolarità di altra sede da parte anche di uno solo dei co-assignatari.

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 Emilia-Romagna.

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 _____

Data _____ Firma del richiedente _____

Data _____ Firma del richiedente _____