



REGIONE CALABRIA

DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE (TSPS)

DIREZIONE GENERALE – O.T.A. -

Dichiarazione di Presa Visione e di Accettazione del Codice deontologico

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ prov. _____ Il _____

Residente a _____ in (via, loc.) _____

nella qualità di auditor/valutatore

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità connesse, di aver preso visione del Codice Deontologico, pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria, di averlo letto attentamente, compreso e di accettarne i contenuti per partecipare in qualità di Auditor/Valutatore/Osservatore/altro: _____

In occasione della visita per la verifica del possesso e/o mantenimento dei requisiti per l'accreditamento

Luogo e data

In fede
