



**ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI BARI**



CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(Art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

Il / La sottoscritto/a _____

Nato a _____ (___) il ___/___/____,

Residente a _____ (___) in via _____ n° _____

Appartenente al CFSMG **TRIENNIO** _____ **POLO FORMATIVO** _____

DGR n. _____ del _____

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

che, ai sensi di quanto disposto dal D.L. n. 14 del 9 marzo 2020 e recepito con la nota regionale 4324 del 19 marzo 2020, nel mese di _____ ha svolto attività a copertura emergenza Covid-19 così come di seguito indicato

TIPOLOGIA DELL'INCARICO	ENTE PRESSO IL QUALE SI E' SVOLTO L'INCARICO	NUMERO DI ORE DI LAVORO SVOLTE
<input type="checkbox"/> Sostituzione di MMG <input type="checkbox"/> Continuità assistenziale <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reperibilità <input type="checkbox"/> Incarico di sostituzione <input type="checkbox"/> USCA <input type="checkbox"/> SET	MMG (DSS) : _____ SEDE CA (ASL): _____ SEDE USCA (ASL): _____ POSTAZIONE SET: _____	_____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Sostituzione di MMG <input type="checkbox"/> Continuità assistenziale <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reperibilità <input type="checkbox"/> Incarico di sostituzione <input type="checkbox"/> USCA <input type="checkbox"/> SET	MMG (DSS) : _____ SEDE CA (ASL): _____ SEDE USCA (ASL): _____ POSTAZIONE SET: _____	_____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Sostituzione di MMG <input type="checkbox"/> Continuità assistenziale <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reperibilità <input type="checkbox"/> Incarico di sostituzione <input type="checkbox"/> USCA <input type="checkbox"/> SET	MMG (DSS) : _____ SEDE CA (ASL): _____ SEDE USCA (ASL): _____ POSTAZIONE SET: _____	_____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Sostituzione di MMG <input type="checkbox"/> Continuità assistenziale <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reperibilità <input type="checkbox"/> Incarico di sostituzione <input type="checkbox"/> USCA <input type="checkbox"/> SET	MMG (DSS) : _____ SEDE CA (ASL): _____ SEDE USCA (ASL): _____ POSTAZIONE SET: _____	_____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Sostituzione di MMG <input type="checkbox"/> Continuità assistenziale <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reperibilità <input type="checkbox"/> Incarico di sostituzione <input type="checkbox"/> USCA <input type="checkbox"/> SET	MMG (DSS) : _____ SEDE CA (ASL): _____ SEDE USCA (ASL): _____ POSTAZIONE SET: _____	_____ _____ _____ _____
TOTALE:		

Si allega la seguente documentazione comprovante quanto dichiarato:

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs N. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data, _____

Il Dichiarante

Firma per esteso e leggibile

Ai sensi dell'art. 38 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato ed è corredata dalla fotocopia non autenticata di un documento d'identità del dichiarante.