

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SERVIZIO

Dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà

Ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445

da compilare solo da parte dei medici, che hanno effettuato attività di CA e/o Turistica presso le ASST della provincia di Bergamo.

- Indicare il servizio svolto sino al 31/12/2024;

- Indicare un unico periodo, qualora non vi fossero state interruzioni di incarico.

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ Prov. _____ il _____

e residente in _____ Via _____

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

DICHIARA

di aver espletato, presso le ASST della provincia di Bergamo, la seguente attività quale medico addetto al Servizio di Continuità Assistenziale o al Servizio di Continuità Assistenziale Stagionale nelle località turistiche:

- dal _____ al _____ per n° ore settimanali _____ sede di _____
- dal _____ al _____ per n° ore settimanali _____ sede di _____
- dal _____ al _____ per n° ore settimanali _____ sede di _____
- dal _____ al _____ per n° ore settimanali _____ sede di _____
- dal _____ al _____ per n° ore settimanali _____ sede di _____
- dal _____ al _____ per n° ore settimanali _____ sede di _____
- dal _____ al _____ per n° ore settimanali _____ sede di _____
- dal _____ al _____ per n° ore settimanali _____ sede di _____
- dal _____ al _____ per n° ore settimanali _____ sede di _____
- dal _____ al _____ per n° ore settimanali _____ sede di _____
- dal _____ al _____ per n° ore settimanali _____ sede di _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003, n° 196 e s.m.i., 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, _____

Firma _____