ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno

UOC FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO
Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale
Piazza Matteotti, 2 - 84100 Salerno - Tel. 089695354 Fax 089225527
Email: formazionemg@aslsalerno.it - PEC: formazione@pec.aslsaleno.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ART.46 E 47 dpr445/2000)

Il sottoscritto dr._____Nato a_____

il___/___/_____ P.O_____ U.O._____

Tutor del CFSMG per il periodo formativo in_____ triennio 20___/20___

lettera d'incarico prot n°_____ del_____

ai sensi degli articoli 3, 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R

DICHIARA

di avere svolto l'attività di S. G. I. nelle date e modalità indicate nel seguente prospetto:

data	Dalle ore	Alle ore	N° ore fuori servizio
		Totale ore	

Chiede pertanto la liquidazione delle competenze maturate.

FIRMA

Città _____,lì_____ _____

Si allega fotocopia fronte-retro di un documento d'identità valido

Informativa ai sensi del D.Lgsl.vo n° 196/2003
Informato dall'operatore che i dati personali contenuti nella dichiarazione saranno raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità del procedimento per il quale è resa la presente dichiarazione autorizzo il trattamento dei miei dati personali, secondo quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003 " Codice in materia di protezione dei dati personali" e dal GDPR (Regolamento UE 2016/769)"

(firma) _____