

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )**

**Da inviare alla mail della UOC FORMAZIONE entro il giorno 5 del mese successivo a quello di riferimento**

Il/la Sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

iscritto/a al CFSMG Regione Campania – triennio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ c/o A.S.L. Salerno

**consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000**

**DICHIARA**

Di aver svolto **nel mese di** \_\_\_\_\_ (compilare solo le opzioni d'interesse – sbarrare le altre):

N. ore \_\_\_\_\_ A.D.P. + n. ore \_\_\_\_\_ S.G.I. presso il P.O. \_\_\_\_\_ UOC \_\_\_\_\_

N. ore \_\_\_\_\_ A.D.P. + n. ore \_\_\_\_\_ S.G.I. presso il D.S. \_\_\_\_\_

N. ore \_\_\_\_\_ A.D.P. + n. ore \_\_\_\_\_ S.G.I. presso Tutor MMG dr: \_\_\_\_\_

**DICHIARA inoltre,**

in virtù delle seguenti norme: Ordinanza 25 gennaio Ministero Salute (USMAF), Decreto Legge n. 18 del 17 marzo 2020, così come convertito nella Legge 24 aprile 2020 n. 27, che consente ai medici iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale -per tutta la durata dell'emergenza prorogata al 31/12/2021 dal Consiglio dei Ministri con D.L. n. 105 del 23 luglio 2021- la possibilità di assumere incarichi convenzionali con il SSN, ai sensi degli artt. 2 quinquies (C.A. e Assistenza Primaria) e 4 bis (USCA), e che le ore svolte vengano considerate come attività didattica pratica del Corso di Formazione, a valere sul massimale delle ore di Attività Didattica Pratica,

di aver svolto nel mese di \_\_\_\_\_ ulteriori ore di attività per incarichi attribuiti in base alle norme atte a fronteggiare l'emergenza COVID come di seguito specificato/i (compilare le opzioni d'interesse):

USCA distretto \_\_\_\_\_ N. ore \_\_\_\_\_

USMAF \_\_\_\_\_ N. ore \_\_\_\_\_

C.A. presso \_\_\_\_\_ N. ore \_\_\_\_\_

incarico di Assistenza Primaria ( superiore a 800 assistiti) N. ore \_\_\_\_\_

incarico di Assistenza Primaria ( inferiore a 800 assistiti) N. ore \_\_\_\_\_

Il/la Sottoscritto/a chiede, pertanto, che le ore svolte -fino al raggiungimento del previsto monte ore mensile- in virtù delle norme citate, vengano conteggiate, a tutti gli effetti, quali ore di A.D.P. rientranti nel monte ore complessivo del CFSMG.

**Il/la Sottoscritto/a è consapevole che le ore di presenza sopra riportate saranno convalidate solo in presenza della documentazione probatoria che sarà trasmessa dal/dalla dichiarante al Coordinamento aziendale del Corso entro la fine del c.m.**

Luogo e Data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali riportati nella presente dichiarazione, ai sensi Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali e del GDPR (Regolamento UE 2016/769)"*

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_