

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

(D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritt... _____

nat... a _____ il _____

residente in _____ Via/Piazza _____ n° _____

medico in servizio al 118 presso la postazione medicalizzata di _____

ASSL _____ C.F. _____ Cod.Reg _____

Tel. _____ Email aziendale _____

Resoconto Attività Aggiuntive del Mese di _____ Anno _____

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dell'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

in applicazione dell'art. 65 ACN triennio 2016-2018, di quanto previsto dall'AIR di cui alla D.G.R. 55/3 del 31.12.2013 e in attuazione di quanto approvato con il verbale della riunione del Comitato MET riunitosi in data 24.10.2022 e di quanto comunicato con nota R.A.S. del 14.02.2023 (protocollo AREUS PG/2023/2480), di aver diritto alla quota integrativa per aver svolto una o più delle seguenti attività, compresa **in orario di servizio**:

1) turni di completamento orario in sedi carenti SI () NO () in data _____;

2) partecipazione quale "formatore" a progetti formativi e di educazione sanitaria dei cittadini in materia di emergenza sanitaria territoriale e di primo intervento SI () NO () in data _____;

3) partecipazione ad attività di esercitazioni di maxi_emergenza periodicamente programmate SI () NO () in data _____;

4) supervisione e monitoraggio, a cadenza settimanale, della checklist, farmaci, Dispositivi medici e Dispositivi di protezione individuale SI () NO () in data _____;

5) compilazione del 100% delle schede evento sul tablet in tutti gli item obbligatori SI () NO () in data _____;

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede.

Data _____ Firma _____

Il/la dichiarante
