



AUTOCERTIFICAZIONE

Richiesta tesserino omaggio (Covid 19)

N.B. L'autocertificazione incompleta non consente il rilascio del tesserino richiesto.

In qualità di (Persona intestataria) Dottore Operatore Sanitario

Il / la sottoscritto / a ⁽¹⁾ _____

nato / a in _____ Prov. _____ il _____

residente in ⁽¹⁾ _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____ Cell. ⁽¹⁾ _____

Email ⁽¹⁾ _____

consapevole che in caso di **dichiarazione mendace** sarà punito ai sensi del **Codice Penale** secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 ed inoltre, 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 di

- prestare il proprio servizio presso:
 - Ospedale S. Corona di Pietra Ligure con matricola ⁽¹⁾
nel reparto ⁽¹⁾
 - Ospedale S. Maria Misericordia di Albenga con matricola ⁽¹⁾
nel reparto ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Dati obbligatori

1. I dati da Lei forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di eventuale controllo dei dati rilasciati.
2. Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono obbligatori e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta l'annullamento della richiesta.
3. I dati forniti non potranno essere comunicati se non per le verifiche del caso.
4. Il titolare del trattamento dei dati personali è il Presidente del Consorzio Altopiano Bardinetele o suoi stretti collaboratori.
5. I dati verranno distrutti al termine delle eventuali verifiche e comunque non oltre il 31/12/2020

Data

.....

Firma

.....

L'utilizzo del tesserino rilasciato comporta l'accettazione del regolamento consortile in vigore