

seguenti: C/C intestato/cointestato n. _____ intestato a
_____ presso (indicare istituto di credito)

IBAN _____;

- Eventuali note (facoltativo a discrezione medico in formazione):

Il/La sottoscritto/a, consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato e della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace, secondo gli artt. 46, 47 e 76 D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità che i dati indicati risultano veritieri.

_____, lì _____ Il/La dichiarante _____
(firma)

Il/La sottoscritto/a, a norma del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, art. 13 (legge sulla Privacy) e del Regolamento UE 2016/679 è a conoscenza che il trattamento dei dati personali avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

_____, lì _____ Il/La dichiarante _____
(firma)

Parte da fare compilare e sottoscrivere al Responsabile di Unità Operativa a cura del richiedente il beneficio

A conferma del contributo nel contrasto dell'emergenza, dichiarato dal dottor/dottoressa _____ dal
_____ al _____ presso _____

Il/la sottoscritto/a _____

In servizio presso _____

in qualità di

Responsabile di Unità Operativa/Servizio

Tutor Aziendale

attesta che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

In fede _____ (TIMBRO e firma)