Allegato 1

DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DEL CONTRIBUTO OFFERTO DAI MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA NEL PERIODO COMPRESO TRA IL 21.02.2020 ED IL 30.04.2020 (CD. "PREMIO COVID")"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER L'ATTRIBUZIONE DEI BENEFICI AGLI SPECIALIZZANDI CHE HANNO OFFERTO UN CONTRIBUTO VOLONTARIO NEL CONTRASTO DELL'EMERGENZA NEL PERIODO DAL 21/02/2020 AL 30/04/2020 AI SENSI DEL DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE N. 155 DEL 31 LUGLIO 2020

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

	(cognome) (nome)
nat	to/a a prov. () il giorno
	(codice fiscale)
reg	polarmente iscritto/a al anno di corso della Scuola di specializzazione in
ma	per l'A.A. 2018/2019
1116	tricola n
	DICHIARA
	avere prestato a titolo volontario un diretto e significativo contributo nelle attività di contrasto
	all'emergenza Covid nel periodo tra il 21 febbraio ed il 30 aprile 2020 presso la/le seguente/ti
	Unità Operativa/e
	Azienda
	di aver offerto il proprio contributo dal al
	per un numero complessivo di giorni pari a (almeno quattordici giorni, anche non
	consecutivi; se inferiore a 14 giorni deve/dovranno essere prodotta/e altra/e dichiarazione/i per
	le attività svolte in altra/e struttura/e in modo da soddisfare cumulativamente il requisito
	temporale minimo di 14 giorni);
	di non essere stato/a titolare, dal 21 febbraio al 30 aprile 2020, di alcun contratto di lavoro
	autonomo oppure di lavoro subordinato attribuiti per il contrasto dell'emergenza;
	che in base ai criteri elencati nell' articolo 2 dell'Avviso il livello di attività prestata è stato
	(barrare una sola casella):
	A (Elevata)
	B (Discreta)
	C (Corrente)
	di richiedere il riconoscimento economico del contributo offerto in coerenza con quanto previsto
	dal Decreto del Presidente della Regione n. 155 del 31 luglio 2020 e secondo quanto riportato
	nell'Avviso adottato dall'Università;
	(solo per gli iscritti all'ultimo anno nell'anno accademico 2018/2019 e per gli specializzandi che
	non risultano più iscritti) che per l'accredito del beneficio le coordinate bancarie sono le

seguenti: C/C intestato/cointestato n intestat	о а
presso (indicare istituto di cr	edito)
IBAN	_;
- Eventuali note (facoltativo a discrezione medico in formaz	ione):
Il/La sottoscritto/a, consapevole della decadenza dei benefici eventualmente consegu provvedimento emanato e della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiara	
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)	
(firma)	
II/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 pers	
avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.	
, lì II/La dichiarante (firma)	
(IIIIIa)	
Parte da fare compilare e sottoscrivere al Responsabile di Unità Operativa a cur	a del
richiedente il beneficio	
A conferma del contributo nel contrasto dell'emergenza, dichiarato dal dottor/dottoress	 sa
	lal
alpresso	
II/la sottoscritto/a	
In servizio presso	
in qualità di	
□ Responsabile di Unità Operativa/Servizio	
□ Tutor Aziendale	
attesta che quanto sopra riportato corrisponde al vero.	
attesta che quanto sopra riportato corrisponde al vero.	