

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'**

ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000, in merito all'attività svolta ai sensi dell'art 3-quater del dl 127/2021 e s.m.i. e dell'art 13 del d.l. 34/2023, convertito in l. 56/2023

Alla  
**S.C. GESTIONE E SVILUPPO  
DELLE RISORSE UMANE**

**OGGETTO: Autocertificazione attività trimestre** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

dependente di questa ASST in qualità di \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazione mendace il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e la decadenza dei benefici (art 75 e 76) dopo aver preso visione del regolamento aziendale in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del comparto sanità ex L. 43/2006.

**DICHIARA**

- di aver rispettato la normativa sull'orario di lavoro ai sensi del DLgs 66/2003;
- di avere svolto nel trimestre \_\_\_\_\_ in favore di \_\_\_\_\_

**la seguente attività sanitaria:**

GIORNO/MESE/ANNO	DALLE ORE	ALLE ORE	Programmazione aziendale (turno/riposo/assenza)

**Compenso percepito €** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_