

**AUTOCERTIFICAZIONE
SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALE EXTRAISTITUZIONALE
ex art. 3 quater dl. 127/2021**

**Il presente modulo va inviato a cura del richiedente
con cadenza bimestrale nel corso dell'incarico**

Alla SC Gestione del Personale Area Giuridica e Formazione

Email: ufficio.giuridico@asugi.sanita.fvg.it

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
profilo professionale _____
Struttura _____
Sede _____

sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazione mendace il DPR 445/2000 e ss.mm.ii. prevede sanzioni penali e la decadenza dai benefici (artt. 76 e 75), dopo aver preso attenta visione del Regolamento Aziendale in materia di incarichi extraistituzionali approvato con decreto DG n. _____ del _____

DICHIARA

Di aver svolto nel bimestre _____

In favore di _____

La seguente attività sanitaria _____

Giorno / mese / anno	Dalle ore	Alle ore

Luogo e data _____

Firma _____

Allega fotocopia documento di riconoscimento