

**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](mailto: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