SST Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

Al _____

_____

Oggetto: **RICHIESTA PAGAMENTO BREVI SOSTITUZIONI SVOLTE AI SENSI DELL'ART. 36 DELL'ACN 30.03.2020**

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____ telefono _____

Cod. Reg. | | | | | | quale specialista ambulatoriale interno, branca _____

DICHIARA, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e s.m.i., e **consapevole delle sanzioni penali**, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000:

- di essere in possesso del titolo di specializzazione di _____
- di non trovarsi in condizioni di incompatibilità allo svolgimento di sostituzioni di specialistica ambulatoriale interna richiamate all'art.27 dell'ACN 30.03.2020 ed, in particolare, di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
- di aver sostituito, ai sensi dell'art. 36 dell'ACN 30.03.2020 il/la dr. _____

  assente causa _____, secondo quanto di seguito indicato:

DATA	PRESIDIO	DALLE ORE	ALLE ORE	TOT. ORE (hh.mm)

ORE TOTALI _____

Ai fini del pagamento delle ore di cui sopra,il sottoscritto specialista dichiara di ☐ avere ☐ non avere comunicato agli uffici amministrativi competenti tutti i dati anagrafici necessari alla liquidazione delle competenze previste ai sensi dell'ACN 31.03.2020; conseguentemente il sottoscritto ☐ allega ☐ non allega scheda anagrafica per l'acquisizione di tali dati.

data _____ firma dello specialista _____

data _____ timbro e firma del responsabile dell'attività _____