

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' A FAR PARTE DELLE
UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

I sottoscritt_ dott. _____
nat_ il _____ a _____
residente in _____ CAP _____
via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____
C. Fiscale _____
indirizzo di posta elettronica (**leggibile**) _____ @ _____
indirizzo di posta P.E.C. (**leggibile**) _____ @ _____

DICHIARA DI ESSERE

- medico titolare di Continuità Assistenziale presso la sede di _____;
- medico con incarico a tempo determinato o di sostituzione nel servizio di Continuità Assistenziale presso la sede di _____;
- medico iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale nella Regione _____ (anno _____);
- laureato in medicina e chirurgia in data _____, abilitato e iscritto all'Ordine dei Medici di _____.

DICHIARA ALTRESI'

- di essere disponibile a far parte delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero alle condizioni previste dallo specifico Avviso Pubblico.
- che le suddette dichiarazioni sono rese sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i., e la consapevolezza delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000.

Data _____

Firma _____

ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'