**INTEGRAZIONE**

**MODULO DI PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA’ INCENTIVATE**

**PERSONALE DEL COMPARTO CPS INFERMIERI CAT. D - DS**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dipendente presso l’U.O./Servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ informato con mail del

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

di partecipare alle attività incentivate previste per la realizzazione del seguente progetto:

 **Esecuzione tamponi**  **Copertura turni pp.ll. COVID III Lotto**  **Entrambe**

Allo scopo, consapevole di quanto previsto dal Regolamento aziendale e di quanto stabilito dalla vigente normativa in materia di autocertificazione (artt. 46 e 47 del DPR 445 del 02.12.2000 e ss.mm.ii)

**DICHIARO/A**

(apporre una X a fianco della fattispecie di interesse)

 CPS INFERMIERE CAT. D  CPSE INFERMIERE SENIOR CAT. DS.

 Assenza degli elementi di esclusione previsti dal Regolamento Aziendale nr. 1462 del 16.12.2016 Art. 5 - Comma 2 (situazioni che determinano limitazioni dell’attività lavorativa)

 Possesso di attestazione FORMAZIONE VESTIZIONE/SVESTIZIONE DPI COVID

 Possesso di attestazione ADDESTRAMENTO ESECUZIONE TEST DIAGNOSTICO SARS -

COV 2- ricerca agente eziologico

 Possesso del Giudizio di idoneità rilasciato dal Medico Competente ASL nel corso dell’emergenza COVID-19 (farà fede la data di rilascio) o conseguito in seguito

 Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegare: Copia Documento Identità