

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente a _____

in _____ identificato a mezzo di _____
n° _____ rilasciato da _____
in data _____ utenza telefonica _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi richiamate dal DPR 445/2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di essere in possesso della seguente qualifica professionale:

- medico
- infermiere
- operatore socio sanitario

di prestare servizio, ai fini della gestione dell' emergenza COVID-19, presso la seguente struttura sanitaria nel territorio del Comune di Napoli (*denominazione ed indirizzo*):

e che ha soggiornato presso la seguente struttura:

dal giorno _____ al giorno _____.

data _____ firma _____

NB: il presente modulo dovrà essere compilato in duplice copia.

L'Ospite avrà l' obbligo di inviare copia al seguente indirizzo email: turismo@comune.napoli.it

Il mancato invio del presente modulo, entro giorni 30 dalla sottoscrizione, debitamente compilato e firmato, comporterà l'addebito dell' intero soggiorno.