

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000)

(da utilizzare per la partecipazione alla manifestazione d'interesse per l'individuazione di strutture ricettive alberghiere ed extralberghiere, presenti nel territorio del Comune di Napoli, ai fini dell'alloggio del personale medico, infermieristico e degli operatori socio sanitari impegnati a fronteggiare l'emergenza Covid-19 nelle strutture sanitarie del territorio comunale)

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 nell'ambito dell'attuale emergenza COVID-19, nel territorio del Comune di Napoli, presso la seguente struttura sanitaria:

(denominazione e indirizzo)

e che soggiorerà presso la seguente struttura ricettiva, rientrante nella lista delle strutture aderenti all'iniziativa di cui all'elenco pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Napoli:

(denominazione ed indirizzo)

dal giorno _____ al giorno _____

Luogo e data _____ firma _____

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

Sia il responsabile della struttura che l'ospite avranno l'obbligo di inviarlo, al momento dell'ingresso ed unitamente ad un documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario, al seguente indirizzo email:

turismonapoli@pec.comune.napoli.it