

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO IGLESIAS

.....L.....
Medico Titolare/ Medico incaricato a tempo determinato nel servizio di Continuita' Assistenziale nel punto Guardia di appartenente a questa ASSL, consapevole delle responsabilità amministrative e delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

l' attivazione del sottoscritto da parte della centrale operativa del 118 e/ o impegno o a bordo dei mezzi di soccorso per garantire il trasferimento protetto degli assistiti che hanno avuto necessità di ricovero nei seguenti giorni del mese di ottobre 2017:.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

la non attivazione del sottoscritto da parte della centrale operativa del 118 e/ o impegno o a bordo dei mezzi di soccorso per garantire il trasferimento protetto degli assistiti che hanno avuto necessità di ricovero nel mese di ottobre 2017.

In fede

FIRMA

IL MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

.....

Data,