ALLEGATO_3 Delibera N.0001508.11-11-2026

MODULO 2 – ATTESTAZIONE DI SERVIZIO E CONTINUITÀ
(Da compilare a cura del Direttore/Responsabile della Unità Operativa o Dirigente Sovraordinato)

ATTESTAZIONE DELL'EFFETTIVO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO E DELLA PERMANENZA CONTINUATIVA – ANNO 2026

(ex art. 5 disciplinare aziendale l.r. 1/2025).

Il/La sottoscritto/a _____

In qualità di Responsabile [ ] U.O.S. [ ] U.O.S.D. [ ] U.O.C. [ ] Dipartimento:

_____

Presidio Ospedaliero _____

Struttura presso la quale presta servizio il/la Dr./Dr.ssa _____

Dirigente Medico inquadrato nella Disciplina: _____

sotto la propria personale responsabilità,

ATTESTA

che il/la sopra citato/a Dr./Dr.ssa _____

ha prestato effettivo e continuativo servizio presso l'Unità Operativa sopra individuata nel periodo dal ____/____/2026 al ____/____/2026;

Data ____/____/202__

Timbro e Firma del Responsabile di Struttura

_____