

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SERVIZIO – COVID 19

(da consegnare alla struttura ricettiva - scrivere in stampatello)

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Nato a _____ il _____

Documento di riconoscimento _____ N. _____

Residente a:

Città _____, Provincia _____

Indirizzo _____ N. Civico _____ Cap _____

Recapito Telefonico _____ E-Mail _____

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'
AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE
QUANTO SEGUE:**

- a) Di essere attualmente dipendente degli Spedali Civili di Brescia con la qualifica di _____;
e di aver prestato servizio nel periodo di emergenza Covid 19 , compreso tra il 15/02/2020 ed il 30/05/2020 ;
- b) Di aver diritto all'agevolazione prevista per il progetto Hospital-ity, che prevede il soggiorno gratuito di 2 notti (con trattamento di pernottamento e prima colazione) nella struttura ricettiva prescelta.
- c) Di aver letto ed accettato il regolamento Hospital-ity 2020 pubblicato sul sito dallagodigardaalledolomitidibrenta.it.

Luogo e data: _____, _____

In Fede Firma leggibile del Dichiarante _____