

## **POR FSE Abruzzo (2014-2020) – Asse 2 – Priorità di Investimento iv, Obiettivo Specifico 9.3, Azione “Supporto al personale ospedaliero per il trattamento dei pazienti con Covid-19”**

## **Modello Autodichiarazione ASL per la rendicontazione delle spese relativi ai compensi aggiuntivi per il personale sanitario**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

**AI SENSI DEL DPR 445/2000**

Il/la sottoscritto/a Sig. ……………………………………………, nato/a a …………………………… il ………..…….., in qualità di legale rappresentante della ASL ………, avente sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

**DICHIARA**

1. che l’Azienda Sanitaria Locale (ASL)…. è stata ammessa a finanziamento nell’ambito dei contributi previsti dal POR FSE Abruzzo (2014 – 2020) – Asse 2 – P.I 9iv - O.S.9.3 - Azione Supporto al personale ospedaliero per il trattamento dei pazienti con Covid-19”;
2. che i costi ammissibili a finanziamento sono pari a €………..…….. e rappresentano i compensi aggiuntivi riconosciuti in favore del personale sanitario della ASL utilizzato per garantire l’accesso ai servizi sanitari nel periodo dell’emergenza epidemiologica causata dal Covid-19 nel periodo marzo-aprile 2020 e direttamente impiegato in reparti Covid-19;
3. che il personale destinatario del compenso aggiuntivo è stato individuato attraverso:
   1. i criteri prestabiliti dall’Accordo sindacale siglato …;
   2. svolgimento di attività all’interno di unità operative ….. identificate ed oggetto di attività di contrasto all’emergenza Covid-19 come da Prospetto in Appendice;
4. che l’effettivo svolgimento dell’attività lavorativa del personale dell’Unità Operativa viene dimostrata mediante da almeno una delle seguenti modalità:
   1. Timbratura o altro equivalente documento di attestazione della presenza per il personale espressamente assegnato all’Unità Operativa di cui al Prospetto (Appendice);
   2. Timbratura o altro equivalente documento di attestazione della presenza e ordine di servizio o turno di servizio o attestazione del Direttore/Responsabile U.O. o Responsabile dei servizi infermieristici, relativamente al personale non direttamente afferente all’Unità Operativa di cui al prospetto;
5. che le spese riconosciute per il periodo marzo-aprile sono state effettivamente sostenute e completamente liquidate per un importo complessivo di € ............ secondo l’applicazione del compenso individuato nell’Accordo tra Organizzazioni sindacali e Regione Abruzzo, per singola fascia (A-B-C);
6. che le spese di cui al precedente punto 2. sono suddivise secondo il prospetto allegato alla presente dichiarazione (Allegato 47a per il personale delle ASL e Allegato 47b per il personale in somministrazione/convenzionato);
7. che l’ASL … si impegna a:
   1. consentire gli opportuni controlli da parte degli Organi di controllo competenti sia regionale sia incaricati dall'Unione Europea;
   2. fornire, nel rispetto delle vigenti norme di legge, ogni informazione ritenuta necessaria dalla Regione Abruzzo per il corretto ed efficace svolgimento dell'attività di monitoraggio e valutazione.

Data e luogo …………………………………

Il Dichiarante

Timbro e firma per esteso e leggibile ………….……………………………………………