

“ALBERGAZIONE GRATUITA – PERSONALE SANITARIO”

ALLA DIREZIONE AZIENDALE

Il/la  
sottoscritto/a.....Matricola.....  
Nat ...il.....Mansione/Qualifica.....  
in servizio presso..... Presidio/struttura di.....  
n.Tel. Ufficio/Cellulare .....

essendo interessato alla possibilità di alloggio gratuito

**DICHIARA DI APPARTENERE AD UNA DELLE SEGUENTI CATEGORIE**

(BARRARE IN CORRISPONDENZA DELLA CATEGORIA DI APPARTENENZA)

1. *PERSONALE SANITARIO (DIRIGENZA O COMPARTO – COMPRESI OSS - PERSONALE OPERANTE IN RSA, RSD O ANALOGHE STRUTTURE SANITARIE O SOCIO-SANITARIE SOTTOPOSTE A QUARANTENA) **POSITIVO AL CORONAVIRUS IN FORMA ASINTOMATICA o PAUCISINTOMATICA** CHE NECESSITA DI ISOLAMENTO RISPETTO AI PROPRI FAMILIARI CONVIVENTI;*
2. *PERSONALE SANITARIO (DIRIGENZA O COMPARTO – COMPRESI OSS) CHE, A SEGUITO DELL'**ASSUNZIONE CON PROCEDURA D'URGENZA**, E CON DOMICILIO TROPPO DISTANTE DALLA SEDE DI ASSEGNAZIONE, HA NECESSITA' DI REPERIRE UN ALLOGGIO;*
3. *PERSONALE SANITARIO (DIRIGENZA O COMPARTO – COMPRESI OSS) **IN SERVIZIO IN UN REPARTO AD ALTO RISCHIO DI INFEZIONE**, CHE, ANCORCHE' NEGATIVO AL CORONAVIRUS, HA NECESSITA' DI TROVARE SISTEMAZIONE ALTERNATIVA AL DOMICILIO, PER TUTELARE I FAMILIARI CONVIVENTI; CON PRIORITA' PER COLORO CHE, ALL'INTERNO DEL NUCLEO FAMILIARE, HANNO SOGGETTI AD ALTO RISCHIO IN CASO DI CONTRAZIONE DEL CORONAVIRUS.*

**In relazione alla procedura dichiara di essere a conoscenza delle seguenti condizioni :**

- 1) L'ordine di priorità per l'attribuzione degli alloggi corrisponde all'ordine di elencazione delle categorie di cui sopra; all'interno della stessa categoria, le assegnazioni avverranno in base all'ordine di presentazione delle richieste, fino ad esaurimento dei posti disponibili.
- 2) L'attribuzione agli aventi diritto avrà inizialmente la **durata di 1 mese**, non prorogabile per la categoria di cui alla lettera 2).
- 3) L'alloggio eventualmente messo a disposizione è da considerarsi per persona in isolamento con conseguente divieto di ricevere visite.

IL/LA SOTTOSCRITTO RILASCIAMOLE DICHIARAZIONI DI CUI SOPRA CONSAPEVOLE CHE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI IL DICHIARANTE INCORRE NELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DAL D.P.R. 445/2000, OLTRE ALLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO IN BASE ALLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma del dichiarante .....

La seguente dichiarazione deve essere inviata per posta elettronica all'indirizzo mail **albergazionegratuita@uslnordovest.toscana.it** unitamente a documento d'identità.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.L. 196/03

Si informa che, ai sensi del D.L. 196/03 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", il trattamento dei dati raccolti è finalizzato allo svolgimento della procedura relativa all'adozione del procedimento richiesto, ai sensi dei vigenti CC.NN.LL.

Azienda USL Toscana nord ovest

