

REGIONE DEL VENETO



ULSS5  
POLESANA

**CERTIFICAZIONE AUTORIZZAZIONE ALLA  
CIRCOLAZIONE  
DPCM 08/03/2020**

**“Misure urgenti di contenimento del contagio da COVID-19”  
art.1 Comma a**

Il/la signor/a.....  
(cognome) (nome)

Nato/ a.....(.....) il ...../...../.....  
(comune) (sigla provincia)

residente in.....(.....)  
(comune) (sigla provincia)

via..... n. .... c.a.p. .... ,

che presta servizio in qualità di \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_  
(profilo professionale)

presso l'Azienda ULSS 5 Polesana e per indifferibili esigenze di servizio deve quotidianamente recarsi al lavoro, per garantire la continuità dell'assistenza sanitaria nei servizi essenziali ospedalieri e territoriali nonché il corretto funzionamento degli stessi.

Il responsabile UOC

Timbro

Rovigo, 8/03/2020

Il Direttore Sanitario

Dott. Edgardo Contato

