

**OGGETTO:** domanda adesione manifestazione di interesse.

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_, in risposta alla manifestazione di interesse  
n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ della ASL Roma 5

**CHIEDE**

Di partecipare alla suddetta Manifestazione

A tal fine dichiara, ai sensi del DPR 445/2000 e smi, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci:

1. di aver preso visione dell'Avviso.
2. di essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato per la ASL Roma 5 per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali di specialistica ambulatoriale a convenzione nella branca di \_\_\_\_\_ svolte presso il Distretto/i sanitario/i di \_\_\_\_\_ (giorno/orario) \_\_\_\_\_

3. di essere titolare dei seguenti ulteriori rapporti convenzionali:

presso la ASL \_\_\_\_\_, per n. \_\_\_\_\_ settimanali (giorno/orario) \_\_\_\_\_

presso la ASL \_\_\_\_\_, per n. \_\_\_\_\_ settimanali (giorno/orario) \_\_\_\_\_

presso la ASL \_\_\_\_\_, per n. \_\_\_\_\_ settimanali (giorno/orario) \_\_\_\_\_

di avere un impegno orario complessivo di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

Il sottoscritto da il proprio assenso al trattamento dei dati personali, che verranno utilizzati per i fini connessi all'espletamento della presente procedura selettiva

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_