

DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE  
Tel. 0774/701142; 0774/701005  
Email: [dipartimentoprofessionisanitarie@aslroma5.it](mailto:dipartimentoprofessionisanitarie@aslroma5.it)

Al Direttore DPS  
Dott.ssa Luigia Carboni

**Oggetto: Manifestazione d' interesse per personale interno, TSRM , prot. 1470 DPS del 17/05/2023**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Matricola n. \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dipendente della ASL Roma 5 dal \_\_\_\_\_

In servizio in qualità di TSRM presso il P.O. / Distretto di \_\_\_\_\_,

dal \_\_\_\_\_ con orario \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Domiciliato/a a \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo mail aziendale \_\_\_\_\_

Chiede di **Partecipare alla manifestazione d' interesse in oggetto**

Per le necessarie valutazioni utili per la formazione di un'eventuale graduatoria allega:

Esperienza professionale \_\_\_\_\_

Titoli accademici e di studio \_\_\_\_\_

Curriculum formativo e professionale \_\_\_\_\_

Situazione personale e familiare \_\_\_\_\_

Residenza anagrafica \_\_\_\_\_

Data,

FIRMA