

Il sottoscritto/a (*cognome e nome*) _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____
cellulare _____ indirizzo email _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso interno per l'erogazione di prestazioni aggiuntive nei CAD aziendali.

Allo scopo, il sottoscritto, sotto la propria responsabilità con valore di dichiarazione sostitutiva in materia di documentazione amministrativa, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 455/2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 DPR n. 455/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione e/o di utilizzo di atti falsi,

DICHIARA

- di essere nato/a _____ il _____;
- di essere in possesso dei seguenti requisiti prescritti dall'Avviso:
- essere dipendente della ASL Roma 5 inquadrato nel profilo di Dirigente medico - disciplina _____ dal _____;
- di essere attualmente in servizio presso (*indicare l'esatta denominazione della struttura/servizio e Macrostruttura di appartenenza*): _____;
- di esprimere il proprio assenso per le finalità inerenti alla gestione del presente Avviso, all'utilizzo dei dati personali forniti, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003;
- di prendere atto che i dati forniti saranno utilizzati ai fini previsti dal D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della PA";

Luogo e Data _____

Firma _____