



Dipartimento Professioni Sanitarie
Tel. 0774/701142;
Email: dipartimentoprofessionisanitarie@aslroma5.it

Al Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie
Dott.ssa Luigia Carboni

**OGGETTO: Manifestazione di interesse prot. n. 1273 del 22/01/2024 per
Assistenti Sanitari.**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'Art. 46 DPR 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

via _____ tel. _____

sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del DPR 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia:

dichiara di essere attualmente in servizio nel profilo di Assistente Sanitario presso:

Struttura e sede di attuale assegnazione				
Sede	Distretto	UOC/UOSD/UOS	Ospedale	UOC/UOSD/UOS
Colleferro				
Guidonia				
Monterotondo				
Palestrina				
Subiaco				
Tivoli				

di manifestare il proprio interesse a essere assegnato alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero (esprimere massimo tre preferenze):

Direzione Sanitaria di eventuale altra assegnazione	
Sede	Direzione Sanitaria Ospedale
Colleferro	
Monterotondo	
Palestrina	
Subiaco	
Tivoli	

ASL
ROMA 5

Dichiara, per le necessarie valutazioni utili per la formazione della graduatoria o ne allega dichiarazione:

Esperienza professionale _____

Titoli accademici e di studio _____

Curriculum formativo e professionale _____

Situazione personale e familiare _____

Residenza anagrafica _____

Dichiara a tal fine:

☐ di essere in possesso dei requisiti previsti dal bando

Lì, _____

L' Assistente Sanitario
