

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 22/06/2024 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	



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**