

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

Allegato 2

Al Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie
Dott.ssa Luigia Carboni

OGGETTO: Manifestazione di interesse prot. n. 1686 del 22/05/2024 per ASPP.

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 _____

nella UOC/UOSD/UOS _____ presso

la sede di _____;

di possedere la formazione di cui al punto 2 art. 32 del D.Lgs 81/08 (Modulo A e B o Laurea che ne prevede l'esonero) necessaria per svolgere il ruolo di ASPP;

di essere disponibile ad essere assegnato/a al Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale presso la sede di:

Colleferro;

Monterotondo;

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 _____

Lì, _____

Il richiedente
