**Alla Coordinatrice UOC Sani stili di vita Screening**

**pc Al Direttore ff**

**UOC Popolazione a rischio, Screening e  Sani Stili di Vita**

**Al Dipartimento Professioni Sanitarie**

**Alla F.O. Area dei Servizi assistenziali della Prevenzione Screening**

**Alla F.O. Area Salute mentale**

**ASL Roma5**

**MODULO DI RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA’ DI SCREENING ONCOLOGICI di I e II LIVELLO PER IL PERSONALE DEL COMPARTO AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE - PROFILO INFERMIERE PRESSO CSM e CD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. matr.-----------------------

Dipendente della ASL ROMA 5 con il Profilo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alle attività di Screening di I e II livello, previste per la realizzazione del seguente **“ Protocollo Operativo** **HEA per la promozione dell’accesso agli Screening di Prevenzione Oncologica di persone con problemi di salute** **mentale in carico al Dipartimento di Salute Mentale (DSMDP**)”, con orario effettuato fuori dall’ordinario orario di servizio , codice timbratura 8.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_