**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. PST**

**MODULO DI RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA’ INCENTIVATE PER IL PERSONALE DEL COMPARTO AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE - PROFILO INFERMIERE**

 **Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere delle Cure Primarie**

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 Oncologico di Stranieri temporaneamente presenti ed Europei non iscritti”,**  con orario effettuato fuori dall’ordinario orario di servizio , codice timbratura 8, previa autorizzazione del Dirigente DPS.

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