



Dipartimento Professioni Sanitarie  
Tel. 0774/3164571;  
Email: dipartimentoprofessionisanitarie@aslroma5.it

Al Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie  
Dott.ssa Luigia Carboni

**OGGETTO: Manifestazione di interesse prot. n. 1818 del 16/07/2025 per  
Tecnici della prevenzione.**

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 Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro presso:

Servizio e sede di attuale assegnazione					
Sede	SPreSAL	SISP	SIAN	Servizi Veterinari	SPP
Colleferro					
Guidonia					
Monterotondo					
Palestrina					
Subiaco/Arsoli					
Tivoli					

di manifestare il proprio interesse a essere assegnato ad altra sede e/o Servizio (esprimere massimo tre preferenze):

Sedi e/o Servizi di eventuale altra assegnazione					
Sede	SPreSAL	SISP	SIAN	Servizi Veterinari	SPP
Colleferro					
Guidonia					
Monterotondo					
Palestrina					
Subiaco/Arsoli					
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

di non essere in possesso dei requisiti previsti dal bando

Lì, \_\_\_\_\_

**Il Tecnico della prevenzione**

\_\_\_\_\_