

Al Direttore DPSS  
Dott.ssa Luigia Carboni

**Oggetto: Manifestazione d' interesse per INFERMIERI della ASL Roma5, prot. 1827 DEL 25/06/2026 , per accedere ai percorsi formativi regionali compensativi (integrativi) di cui alla DRG 416/2024**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Matricola n. \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dipendente della ASL Roma 5 dal \_\_\_\_\_

In servizio in qualità di \_\_\_\_\_ presso il P.O. / Distretto di \_\_\_\_\_,

UOC/UOS \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ con orario \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Domiciliato/a a \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo mail aziendale \_\_\_\_\_

chiede di partecipare alla manifestazione di interesse in oggetto e dichiara di essere possesso di **almeno uno** dei seguenti requisiti (N.B. barrare la/le casella/e corrispondente/i):

di aver conseguito titoli in corsi di formazione/master universitari in materia svolti nei 5 anni antecedenti che abbiano previsto un numero equivalente di ore formative in materia (Master universitari che afferiscono all'Area Cure Primarie-Sanità Pubblica inclusi nell'Elenco Nazionale del Ministero della Salute "Master specialistici per le professioni sanitarie" **ed erogati da Università sede di Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia** (allegando documentazione probante);

di aver svolto attività professionale in ambito specifico negli ultimi 5 anni attestata dall'Azienda Sanitaria di appartenenza.

Data,

FIRMA