



Alla UOC CURE PRIMARIE E TUTELA
DELLA SALUTE DELLA COPPIA
carola.magni@aslroma3.it

Domanda partecipazione:

“Avviso Interno Manifestazione d’interesse Personale Medico della Medicina dei Servizi per il potenziamento delle attività di Valutazione Multidimensionale dei CAD della ASL Roma 3”

Nome _____ Cognome _____

Matricola _____ Recapito telefonico _____

Mail _____

Qualifica Professionale:

Medico Medicina dei Servizi

Sede di Servizio _____ Distretto _____

Titolare di incarico a tempo indeterminato per n. ore _____

N. ore settimanali da dedicare all’attività in plus orario _____

Il sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art.46 del D.P.R. 445/2000, consapevole che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti fatte salve le responsabilità penali di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 di:

- essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dall’Avviso
- non avere prescrizioni limitative dell’attività lavorativa

Data _____

Firma _____

Informativa (Art.13 D.Lgs 196/2003)

La ASL Roma 3 informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all’assolvimento da parte dell’Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003