



ALLEGATO I

Al Direttore Generale A.S.L ROMA I  
Borgo S. Spirito n. 3  
00193 Roma

....I... sottoscritt..... chiede di essere ammess... a partecipare alla  
**“MANIFESTAZIONE D’INTERESSE PER SOLI TITOLI PER LA COPERTURA DI POSTI NEL  
PROFILO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – ASSISTENTE  
SANITARIO CTG “D”, ANCHE PER LE ESIGENZE CONNESSE ALL’EMERGENZA COVID-  
19 PRESSO LE AZIENDE/ENTI DEL SSR”** e, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 445/2000

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti nell’ipotesi di  
dichiarazione mendace:

- 1) di aver preso visione dell’avviso pubblico e di accettarne, con la presente domanda le clausole ivi contenute;
- 2) di essere nat..... a ..... il .....
- 3) di essere residente in ..... Via/Piazza .....cap .....
- 4) di essere cittadin... italian...(o di altro Paese dell’Unione Europea – specificare);
- 5) di essere iscritt... nelle liste elettorali del comune di ..... (oppure di non essere iscritt... per il  
seguente motivo.....);
- 6) di non aver riportato condanne penali o di avere i seguenti procedimenti penali in corso  
.....;
- 7) di avere l’idoneità fisica assoluta alla turnazione del servizio senza alcuna prescrizione;
- 8) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:
- 9) laurea in/ diploma in .....
- 10) di essere iscritto al corrispondente albo professionale di ..... al n..... dal .....
- 11) di trovarsi per quanto riguarda gli obblighi di leva e del servizio militare nella seguente  
posizione .....
- 12) di aver prestato servizio presso le seguenti pubbliche amministrazioni  
.....;
- 13) gli eventuali titoli che danno diritto alla precedenza o alla preferenza, in caso di parità di  
punteggio .....
- 14) di eleggere domicilio agli effetti dell’avviso pubblico in via ....., n. ... (c.a.p.) .....  
riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso all’Azienda;
- 15) di voler ricevere ogni comunicazione relativa al presente avviso al seguente indirizzo di posta elettronica

Allega alla presente:

- curriculum formativo professionale datato e firmato;
- elenco dei documenti e dei titoli presentati datato e firmato.
- fotocopia del documento di riconoscimento datato e firmato;

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento  
UE 2016/679.

(Luogo) \_\_\_\_\_, (Data) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_