

ALLEGATO 1: ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Regione Lazio
Direzione Regionale Salute e Integrazione
Sociosanitaria
Area Risorse Umane
arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it

**OGGETTO: Istanza di manifestazione di interesse per l'esecuzione di test antigenici rapidi
SARS-CoV-2 negli studi dei MMG e PLS**

Il sottoscritto nato il
a
e residente in
via n.
codice fiscale..... codice regionale.....
in qualità di MMG di assistenza primaria /PLS: Referente UCP/UCPP ☐
Associato UCP/UCPP ☐
Singolo ☐

(se associato UCP/UCPP specificare il Referente _____)
convenzionato con la ASLdistretto.....
con sede UCP/UCPP (o studio medico) ove è in grado di assicurare l'attività oggetto dell'avviso
in via
Città.....CAP.....
Per ogni comunicazione relativa a chiarimenti e per le verifiche previste dalla normativa vigente:
telefono
e-mail (PEC)

MANIFESTA

il proprio interesse a partecipare all'invito dell'avviso pubblico:

a titolo personale

☐

in qualità di referente UCP/UCPP per i seguenti componenti della UCP/UCPP

☐

COMPONENTI UCP/UCPP		
NOME	COGNOME	FIRMA PER ACCETTAZIONE

e

DICHIARA

1. di essere in possesso dei seguenti requisiti essenziali:

- Delle caratteristiche di ordine generale in materia di organizzazione dello studio medico
- Dei requisiti di idoneità professionale prescritti nell'avviso di manifestazione di interesse
- Dei requisiti di capacità tecnica e professionale prescritti nell'avviso di manifestazione di interesse ovvero di volerli acquisire con idonea formazione.

2. di essere in possesso dei seguenti requisiti preferenziali:

- ☐ immediata disponibilità
- ☐ piena adesione alla campagna di vaccinazione antinfluenzale in corso
- ☐ partecipazione a UCP/UCPP

3. Di aver compreso l'atto di facoltà e volontarietà

....., li

TIMBRO e FIRMA

.....