

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
e residente a _____ Via _____ n. _____ CAP _____
Cell. _____, in relazione alla richiesta di disponibilità prot. n. _____
del _____, pubblicata sul portale aziendale della ASL Roma 1, per la copertura del turno
vacante nella Specialistica Ambulatoriale Convenzionata,

DICHIARA

di essere disponibile a coprire il turno indicato di per n. _____ ore settimanali nella branca di _____
presso _____ secondo l'articolazione oraria prevista nella
richiesta di disponibilità citata.

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii., dichiara sotto la
propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito
dall'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni non veritiere:

- di essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato con la ASL Roma 1 per n. _____ ore
di Specialistica Ambulatoriale Convenzionata nella branca di _____;
- di essere titolari dei seguenti ulteriori rapporti convenzionati:
 - . presso la ASL _____ per n. _____ ore sett.li per attività di _____
 - . presso la ASL _____ per n. _____ ore sett.li per attività di _____
 - . presso la ASL _____ per n. _____ ore sett.li per attività di _____
 - . presso la ASL _____ per n. _____ ore sett.li per attività di _____
- di avere un impegno orario complessivo di n. _____ ore settimanali;
- che l'anzianità di incarico presso la ASL Roma 1 decorre dal _____
- di essere in possesso della Specializzazione in _____ conseguita in
data _____ presso l'Università _____;

Il sottoscritto dà il proprio assenso al trattamento dei dati personali, che verranno utilizzati per le finalità
connesse all'espletamento della procedura selettiva.

DATA _____

FIRMA _____