

Allegato 1

SPETT.LE ASL RIETI
VIA DEL TERMINILLO, 42
R I E T I
medicinaconvenzionata.asl.rieti@pec.it

OGGETTO: AVVISO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE – FUNZIONE DOMICILIARE COVID19 per COLLABORATORI SANITARI – INFERMIERI per svolgere attività di supporto a MMG/PLS nelle UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DISTRETTUALI (USCAD).

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____
(nome) _____ nato/a il _____ a
_____ (prov. _____), Codice Fiscale
n. _____, residente in
_____ alla Via _____ n.
_____, c.a.p. _____, recapito Tel. _____ recapito
Cell. _____, e-mail
_____.

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO
in relazione all'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus COVID 19**

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere Collaboratore Professionale Sanitari – Infermieri già in servizio presso azienda sanitaria del SSR,

DICHIARA

- a) dove presta servizio: _____;
- b) di godere dei diritti politici ed il Comune nelle cui liste elettorali sono iscritto _____ oppure di non essere iscritto per determinati motivi e specificare quali: _____;
- c) di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso che impediscano il costituirsi del rapporto con la P.A. ed in caso positivo indicare quali: _____;
- d) in merito alle esperienze maturate nell'ambito dell'attività lavorativa:
 - o Di aver maturato esperienza nelle procedure di accesso, gestione ed utilizzo dei DPI o di essere adeguatamente formati in tal senso, come di seguito precisato:

-
-
- Di non essere formato nelle procedure di accesso, gestione ed utilizzo dei DPI e di essere comunque disponibile ad seguire appositi percorsi formativi.

Luogo/data

Firma

N.B.: si allega documento d'identità in corso di validità.