

DOMANDA PARTECIPAZIONE  
Da inviare al seguente indirizzo PEC:  
servizio.protocollo@pec.aslroma6.it

U.O.S. Gestione e Supporto Amministrativo  
Medicina Convenzionata Recup Alpi e GLA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_, e mail \_\_\_\_\_

Titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di partecipare all'avviso di selezione per il conferimento di incarico di "Responsabile di  
Branca, nella branca di \_\_\_\_\_".

A tal fine dichiara:

1. Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato, ai sensi del vigente ACN, nella  
Asl Roma 6;
2. Di essere titolare di almeno n. 3 accessi settimanali;
3. Di essere attualmente titolare di numero \_\_\_\_\_ ore di attività di specialista  
ambulatoriale presso la Asl Roma 6;
4. Di possedere un'anzianità giuridica decorrente dal \_\_\_\_\_;
5. Di aver conseguito la specializzazione nel \_\_\_\_\_;
6. Di non aver subito condanne penali, provvedimenti disciplinari e/o sospensioni  
dall'Albo professionale.

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere  
afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Luogo e data

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_