

MODULO PER LA CANDIDATURA COME COMPONENTE DEL CONSIGLIO DEI SANITARI

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____

Nato/a a _____ (____) il ____/____/____

Indirizzo mail _____

Telefono _____

Attualmente in servizio presso _____

Con la qualifica di _____

Consapevole che, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base delle dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA DI

1. appartenere ad una delle categorie indicate nella composizione del Consiglio dei sanitari come di seguito elencate:
 - dirigente medico ospedaliero o territoriale dipendente dell'Azienda;
 - dirigente medico veterinario;
 - medico specialista ambulatoriale;
 - medico di medicina generale;
 - medico pediatra di libera scelta;
 - dirigente sanitario laureato non medico del ruolo sanitario in rappresentanza di ciascuna figura professionale operante nell'Azienda;
 - operatore dell'area infermieristica;
 - operatore dell'area tecnico-sanitaria, della riabilitazione e della prevenzione;
2. essere in servizio presso la Asl Roma 3 a tempo indeterminato/determinato nel ruolo di _____ con decorrenza dal _____;
3. aver maturato alla data di indizione delle elezioni del Consiglio dei Sanitari, alle dipendenze della Asl Roma 3, almeno 3 anni di servizio.
4. non aver già fatto parte del Consiglio dei Sanitari per più di due volte consecutivamente.

Data _____

Firma _____