**ALLEGATO 1: ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Regione Lazio

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Risorse Umane

[arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it](mailto: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 ASL ……………………………………………distretto……………………………………………………..

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.

1. di essere in possesso dei seguenti requisiti preferenziali:

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

1. Di aver compreso l’atto di facoltà e volontarietà

……………………., li ………………… TIMBRO e FIRMA ………………………………