



*Al Presidente del C.d.A. degli Igienisti Dentali
Dott.ssa Enrica Scagnetto
Ordine TSRM PSTRP di Roma e provincia*

Costituzione di un elenco di idoneità per la nomina di 15 rappresentanti dell'ordine TSRM-PSTRP di Roma e provincia nelle commissioni per la prova finale abilitante dei Corsi di Laurea in Igiene Dentale

Il /La sottoscritto/a dott./ssa _____

Nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

Residente in _____

Via _____ n° _____

Città _____ cap _____ Provincia _____

Codice Fiscale _____

Recapiti telefonici  _____  _____

Indirizzo email  _____

- ◆ anno primo impiego come Igienista Dentale (dipendente o in regime libero professionale) _____;
- ◆ attualmente in servizio presso. _____ dal _____.

Chiede

di partecipare all'avviso per la selezione dei rappresentanti dell'Ordine TSRM-PSTRP di Roma e provincia nelle commissioni per la prova finale abilitante all'esercizio della professione di Igienista Dentale.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale, ai sensi del DPR445/ 2000 in caso di dichiarazione mendace, dichiara di possedere tutti i requisiti di ammissione indicati nel bando:

- a) di essere iscritto/a all'Ordine TSRM-PSTRP di Roma e Provincia dal ____/____/____ con N° di iscrizione _____ nell'albo degli igienisti dentali;



- b) di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- c) di non essere stato destituito, dispensato o licenziato dalla pubblica Amministrazione;
- d) di non essere destinatario di sanzioni disciplinari irrogate dall'Ordine TSRM-PSTRP nel biennio precedente e di non avere procedimenti disciplinari in corso;
- e) di essere in regola con il pagamento delle tasse di iscrizione all'ordine;
- f) di essere in possesso del Diploma di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Assistenziali;
- g) di avere almeno cinque anni di servizio (dipendente o libero professionista);
- h) di autorizzare il trattamento dei dati personali, nell'ambito delle finalità di cui al presente avviso di selezione, ai sensi D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali n. 679/2016.

Allega:

- > Curriculum formativo professionale in formato europeo, datato e firmato redatto nella forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR445/2000.
- > Copia fronte /retro di documento di riconoscimento , in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa alla procedura in oggetto gli/le venga recapitata al presente indirizzo PEC: _____, e per comunicazioni urgenti al seguente recapito telefonico_____ .

Luogo e data _____

Firma_____