**Ordine dei** ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:

**Tecnici sanitari** 4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3

**di radiologia medica** C.F. 97038500589

**e delle professioni**

**sanitarie tecniche,**

**della riabilitazione**

**e della prevenzione**

**ROMA e provincia**

AL Presidente del c.d.a. dei Logopedisti

dott.ssa Anna Giulia De Cagno

Ordine TSRM PSTRP di Roma e provincia

Allegato 1

**Avviso per la selezione di venti logopedisti per la costituzione di un elenco di esperti per eventuale nomina al ruolo di Rappresentante dell'ordine TSRM-PSTRP di Roma e provincia nelle commissioni per la prova finale abilitante dei Corsi di laurea in Logopedia**

Il /la sottoscritto/a dott./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/a all' Ordine TSRM-PSTRP di Roma e Provincia dal\_\_/\_\_/\_\_\_\_con n°di iscrizione \_\_\_\_\_,

Nato/a a prov. il

Residente in via n°

Città cap Provincia

Codice Fiscale

Recapiti telefonici (fisso-mobile)

Indirizzo email

* anno primo impiego come logopedista ( 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 Logopedista.

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 di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

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 di Laurea Magistrale delle professioni Sanitarie Riabilitative

g)di avere almeno dieci anni di servizio ( dipendente o libero professionista)

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_