

**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.
  
2. di essere in possesso dei seguenti requisiti preferenziali:
  - immediata disponibilità
  - piena adesione alla campagna di vaccinazione antinfluenzale in corso
  - partecipazione a UCP/UCPP
3. Di aver compreso l'atto di facoltà e volontarietà

....., li .....

TIMBRO e FIRMA

.....